

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N^o

191

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 1^{er} février 1899, à 1 heure

Par LÉON LEVREY

Né à Luxeuil (Haute-Saône), le 1^{er} novembre 1870

Ancien interne des hôpitaux.

DU RÔLE

DE

L'ÉPIPLOÏTE AIGÜE OU CHRONIQUE

(ADHÉRENCES ÉPIPLOÏQUES)

AU COURS DES APPENDICITES

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. PINARD, professeur.

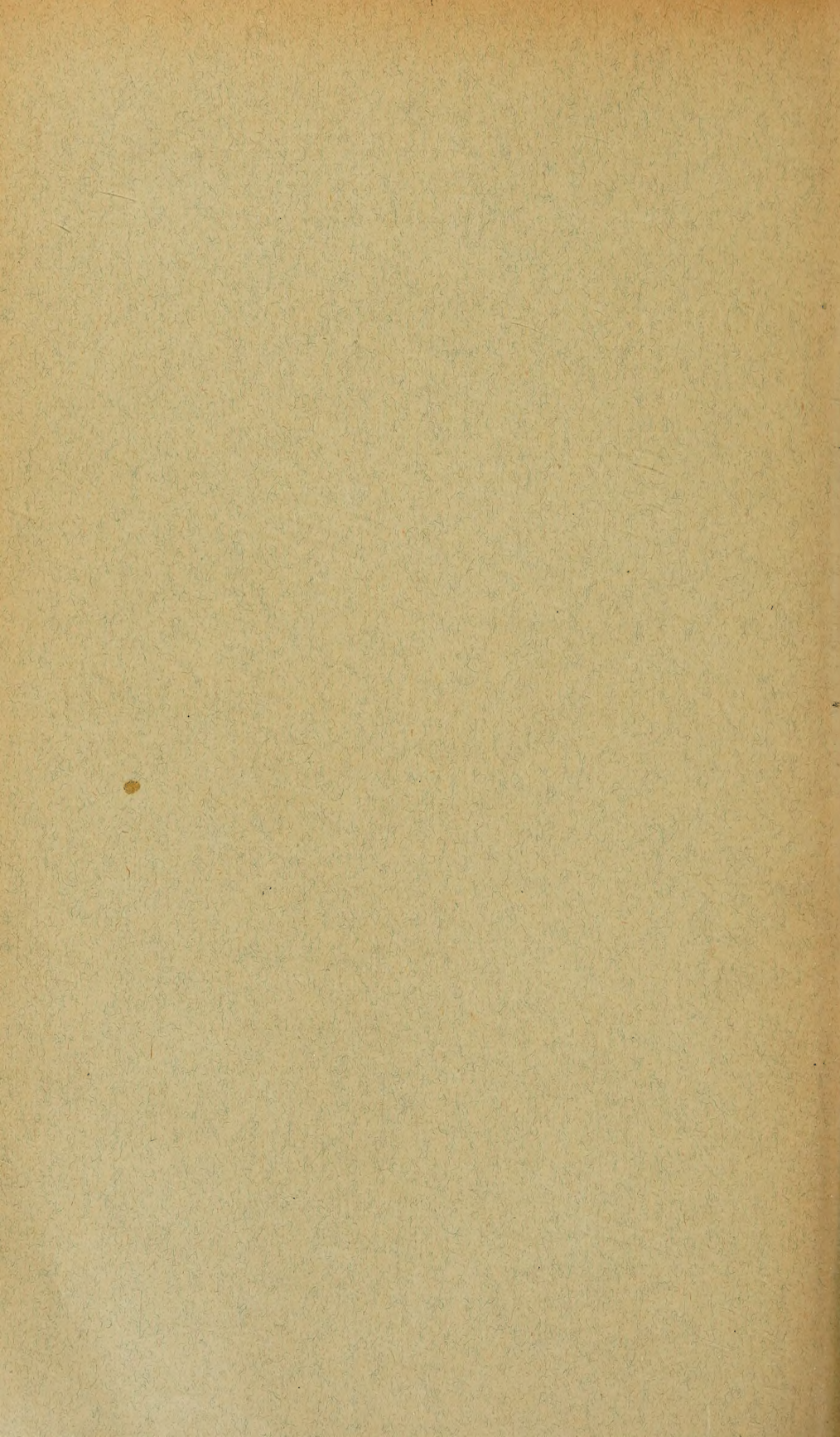
HUMBERT,
VARNIER, } *agregés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1899



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

No

191

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 1^{er} février 1899, à 1 heure

Par LÉON LEVREY

Né à Luxeuil (Haute-Saône), le 1^{er} novembre 1870

Ancien interne des hôpitaux.

DU RÔLE

DE

L'ÉPIPLOÏTE AIGÜE OU CHRONIQUE

(ADHÉRENCES ÉPIPLOÏQUES)

AU COURS DES APPENDICITES

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. PINARD, professeur.

HUMBERT, } agrégés.
VARNIER, }



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	HUTINEL.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	TERRIER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	N...
Clinique médicale.....	CHANTEMESSE.
Clinique des maladies des enfants	POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JACCOUD.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.....	HAYEM.
Clinique des maladies nerveuses.....	DIEULAFOY.
Clinique chirurgicale.....	GRANCHER.
Clinique ophtalmologique	FOURNIER.
Clinique des voies urinaires.....	JOFFROY.
Clinique d'accouchements	RAYMOND
	DUPLAY.
	LE DENTU
	TILLAUX.
	BERGER.
	PANAS.
	GUYON.
	PINARD.
	BUDIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DESGREZ.	LEJARS.	THIERY.
ALBARRAN.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ANDRÉ.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (AUG.).	GILLES DE LA TOURETTE	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	MÉRY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
PIERRE DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.

Secrétaire de la Faculté : PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MON TRÈS REGRETTÉ AMI

LE DOCTEUR PETITJEAN

(DE BOULOGNE)

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TILLAUX

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL LA CHARITÉ,
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

Vous m'avez, mon cher maître, enseigné en 1891 les premières notions de la chirurgie. Cette année, dans votre beau service de la Charité, j'ai eu l'honneur d'être votre Interne et d'y terminer mes études.

Dans l'intervalle, vous m'avez toujours témoigné la plus grande bienveillance et récemment vous m'honoriez d'une affection toute particulière. Qu'il me soit permis, mon cher maître, de vous adresser ici l'hommage de ma plus profonde reconnaissance pour votre bonté vraiment paternelle et de vous présenter mes bien sincères remerciements pour l'honneur que vous me faites en acceptant la présidence de cette thèse.

AVANT-PROPOS

Au moment de terminer nos études, nous sommes heureux d'adresser à nos Maîtres dans les Hôpitaux nos remerciements pour l'enseignement et les bons conseils que nous avons reçus d'eux.

Nous prions M. le docteur Walther de vouloir bien agréer l'hommage de notre vive gratitude : c'est lui qui nous a inspiré notre thèse et c'est en travaillant à ses côtés, alors qu'il suppléait M. le professeur Tillaux, que nous avons pu étudier ce sujet.

M. Walther a été pour nous un ami précieux pendant toutes nos études médicales ; je n'oublierai jamais tout ce que je lui dois.

M. le professeur Debove a bien voulu nous faire profiter, pendant notre première année d'externat (1892), de son grand sens critique. Ses belles leçons à la Faculté ont complété notre instruction médicale. Nous le prions de croire à notre respectueux souvenir.

Nous avons eu l'honneur d'être à l'Hôtel-Dieu (1893) l'externe de M. le Dr Bucquoy, médecin honoraire des hôpitaux. C'est lui qui nous a appris l'auscultation : ses préceptes sont toujours restés gravés dans notre mémoire.

Pendant notre année d'interne provisoire (1894), nous avons pu, grâce à la bienveillance de notre cher maître, M. le Dr J. Voisin, étudier les affections du système nerveux et profiter de cette mine inépuisable d'enseignement qu'est la Salpêtrière.

Nous avons eu le bonheur d'être nommé interne, à la fin de l'année 1894, chez M. le Dr Du Castel. Il nous a, pendant les six mois que nous avons travaillé avec lui, largement fait part de sa grande expérience clinique des maladies de la peau. Nous lui garderons toujours le meilleur souvenir.

Au cours de notre première année d'internat (1895), M. le Dr Variot nous a initié, dans son service de la diphtérie, à Trousseau, à la méthode rigoureuse qu'il apporte à l'examen de ses petits ma-

lades. Il fut pour nous un maître bienveillant et nous a fait le grand honneur d'être un de ses collaborateurs dans son si remarquable travail sur la diphtérie. Nous tenons à lui renouveler notre profonde gratitude.

La même année, comme élève libre, M. le Dr Kalt, médecin des Quinze-Vingts, nous témoignait une grande sympathie et son enseignement nous fut très précieux. Depuis, il nous a honoré de son amitié. Nous lui offrons nos affectueux hommages.

M. le Dr Babinski (internat 1896) nous a honoré de toute sa confiance et nous a fait abondamment profiter de ses bonnes leçons au lit du malade. Nous prions notre cher maître, d'agréer l'expression de notre affectueuse reconnaissance, pour l'excellent enseignement que nous avons reçu de lui, et les marques de l'intérêt qu'il nous a toujours témoigné.

Avec M. le Dr André Petit (internat 1897), nous avons étudié, guidé par sa compétence toute spéciale, les maladies du cœur ; nous n'avons eu qu'un regret, le quitter pour nous consacrer à l'art des accouchements. Que notre cher maître veuille bien agréer l'hommage de notre affectueuse reconnaissance. Nous ne remercierons jamais assez M. le Dr Bonnaire qui a bien voulu nous accepter comme interne à la maternité de l'hôpital Tenon. Nous lui sommes redevable des notions obstétricales que nous possédons. Ses bons conseils nous ont guidé dans la pratique des accouchements, et ses leçons, si suivies à la Faculté, ont complété notre enseignement. Nous ne saurions trop exprimer ici à M. le Dr Bonnaire notre profonde gratitude.

Nous remercions enfin tous ceux qui, à des degrés divers, ont été nos maîtres dans les hôpitaux : MM. Letulle (stage 1894), Thibierge, Renon, Demoulin, Souligoux, Bouglé, chirurgien des hôpitaux, et tout particulièrement M. Arrou qui, outre sa bienveillante amitié, nous a donné une observation fort intéressante.

Notre meilleur souvenir va à nos anciens collègues Touchard, Erharhdt, Paquy, Perrin, Auvray et Dufournier, et à nos collègues et amis de la Charité, de Tenon et de la Pitié.

INTRODUCTION

L'histoire de l'appendicite constitue actuellement un des chapitres les plus intéressants de la pathologie. Née d'hier, puisque c'est à Mélier (1) (1827) que l'on doit la première étude de cette affection ; à peine différenciée de la typhlite grâce aux travaux de Dance, de Ménière et surtout d'Albers de Bonn ; étudiée, anatomiquement par Trèves, Tuffier, Fergusson, cliniquement, par Reginald-Fitz, Matterstock, Kümmel, Sonnenburg, Macdougall, With, Roux, Talamon, Brun, Routier, Dieulafoy ; voici que chaque jour, on apporte des matériaux nouveaux qui nous font pénétrer plus avant dans la connaissance de cette maladie essentiellement protéiforme. Des étapes importantes ont marqué jusqu'ici le chemin parcouru : « dans une première phase, la maladie est pour ainsi dire découverte ou du moins bien décrite par Mélier (Monod et Vanverts) (2) », dans une seconde, son existence en tant que maladie est contestée : les accidents observés sont rapportés à l'ancienne typhlite et pérityphlite. Dans une troisième phase, toute moderne, l'appendicite est reconnue comme entité morbide, et son étude bactériologique se parachève.

A différentes reprises un travail d'ensemble a été entrepris sur l'appendicite ; mais, malgré la valeur des recherches, chaque fois le cadre schématique admis dans nos traités classiques de chirurgie ou de médecine infantile, s'est trouvé trop étroit et de longtemps encore cette curieuse affection exercera la sagacité du praticien souvent hésitant, et troublé par les discussions des maîtres.

Nombreux sont les points qui restent encore à élucider dans son histoire clinique : le travail d'analyse n'est pas encore achevé et la synthèse définitive est loin d'être faite.

(1) MÉLIER, Mémoire et observation sur quelques maladies de l'appendice. *Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie*, 1827, p. 317.

(2) CH. MONOD et VANVERTS, *L'appendicite*, Paris, 1897.

Plus que l'appendicite aiguë, la forme chronique de la maladie, à peine ébauchée, est pleine encore d'inconnues. L'appendicite que nous reconnaissons assez facilement dans ses manifestations aiguës, est le plus souvent méconnue, pour peu qu'elle évolue d'une façon insidieuse, tant que l'attention n'est pas attirée sur l'appendice par une poussée aiguë. La raison en est peut-être dans le manque d'individualité fonctionnelle de l'organe malade. De plus, la réaction des organes voisins est souvent seule à traduire l'état pathologique de l'appendice : il en résulte que, aussi longtemps que cette réaction reste silencieuse ou du moins très atténuée, l'examen clinique dirige ses investigations vers tout autre point que l'appendice.

Et cependant lorsqu'il nous est arrivé, en assistant nos maîtres vénérés, MM. Tillaux et Walther, d'opérer « à froid » une appendicite ancienne ayant donné lieu à plusieurs attaques, nous avons constaté, et c'est un point qui n'a pas manqué d'attirer l'attention des auteurs, une grande fréquence des lésions péri-appendiculaires, adhérences plastiques, reliquats de péritonite adhésive. Ces lésions de périviscérites, analogues à celles qui existent dans toutes les inflammations chroniques des autres organes et tout récemment mieux étudiées (1), doivent être d'une grande importance pour un organe tel que l'appendice, qui accompagne l'intestin dans toutes ses variations de volume, de situation.

Fixé anormalement par des néoformations pathologiques, l'appendice ne suit plus l'intestin, qui lui-même sur une plus ou moins grande longueur est entravé par des adhérences : tiraillé par celles-ci, retenu en des situations anormales, l'intestin est gêné dans ses fonctions. Il en résulte des troubles divers et ce sont eux à proprement parler qui constituent le tableau clinique de l'appendicite chronique, latente, sans crise aiguë.

Que de troubles gastro-intestinaux, que de malaises plus ou moins bien définis, ont été attribués, dans ces dernières années surtout, à la ptose des viscères abdominaux, au rein mobile par

(1) DEGUY, *Journal des praticiens*, 1898.

exemple ! Sans nier la part réelle de la ptose viscérale dans la pathogénie de quelques-uns de ces troubles, nous croyons pouvoir admettre qu'un certain nombre d'entre eux doit être rapporté à l'appendicite chronique. Et parmi les accidents imputés à la lithiasie biliaire et à la lithiasie rénale, ne trouverait-on pas, en analysant de plus près les observations, des cas nettement justiciables de l'affection qui nous intéresse. C'est ainsi que nous aurons à citer dans le cours de ce travail une observation d'appendicite chronique qui fut longtemps considérée comme relevant de la lithiasie biliaire (Letulle, observation de Walther).

Jusqu'ici l'attention a été peu attirée de ce côté ; peut-être faut-il en chercher la raison dans ce fait que l'appendicite n'intéresse guère le médecin qu'au point de vue de l'opportunité de l'intervention chirurgicale. Quand faut-il opérer ? c'est là une question éminemment à l'ordre du jour. Sans rappeler la discussion récente à la Société de chirurgie (1898) ni les savantes leçons de M. le professeur Dieulafoy, nous pouvons dire qu'à l'heure actuelle l'accord est bien près de se faire, la majorité des praticiens se ralliant à l'opinion récemment émise par notre maître, M. le professeur Tillaux, dans sa leçon de clinique chirurgicale à la Charité (1) : « Surveillez attentivement votre malade, prêt à intervenir dès que les accidents le commandent, et supprimez, dans l'intervalle des crises, un organe malade qui expose constamment le sujet à des accidents graves, si souvent mortels ». Et ce sont précisément ces accidents qui dans l'intervalle des crises sont parfois plus pénibles pour le malade que la crise aiguë elle-même, qui ont le moins attiré l'attention, toute portée vers l'appendicite aiguë : l'appendicite chronique, du moins son étude clinique, est restée jusqu'à présent presque dans l'ombre. Sans doute nous trouvons dans les traités classiques un court chapitre consacré à l'appendicite à répétition, l'appendicite à rechutes : nous n'ignorons pas les savants articles de MM. Brun (2), Jalaguier (3) concernant l'appendicite chronique.

(1) Du traitement de l'appendicite. *Journal des praticiens*, 24 décembre 1898.

(2) BRUN, *Traité de médecine Grancher-Comby-Marfan*, t. III, p. 131.

(3) JALAGUIER, in *Traité Duplay-Reclus*.

Mais il nous semble que jusqu'à présent, et nous en sommes plus convaincu après la lecture d'un grand nombre d'observations d'appendicectomie, les chirurgiens ont laissé de côté l'étude des symptômes présentés par les malades auxquels ils réséquaient l'appendice.

Nous n'avons pas la prétention de combler cette lacune : il faudra pour cela apporter désormais un soin plus grand dans l'examen et particulièrement dans l'interrogatoire du malade sur les divers troubles qu'il a présentés soit dans l'intervalle des crises, soit sous forme de crises que l'on décore du nom d'appendicite à répétition.

Dans la plupart des observations publiées, ces troubles sont à peine mentionnés, tandis que par contre la recherche du point de Mac Burney est la préoccupation de tous : et pourtant, sans nier la valeur de ce signe, nous savons combien il est peu pathognomonique : récemment encore, chez une malade de M. Tillaux, nous avons été induit en erreur. Mais il suffit que l'attention du clinicien soit attirée de ce côté et peu à peu nous verrons s'édifier la symptomatologie et les formes cliniques de l'appendicite chronique. Parmi celles-ci, il en est une sur laquelle M. Walther (1) a le premier appelé l'intérêt des chirurgiens : nous voulons parler de l'appendicite chronique avec adhérences épiploïques.

Un certain nombre d'auteurs ont constaté, au cours de laparotomies pour appendicectomie, la présence d'adhérences de l'épiploon à l'appendice ; cependant aucun de ces auteurs n'a attribué à ces adhérences un rôle quelconque dans l'ensemble clinique présenté par le malade. — Seul peut-être, M. Terrier semble avoir entrevu ce rôle, car dans une observation fort intéressante (2), où les adhérences épiploïques sont signalées, M. Terrier dit en propres termes : « Cette perforation de l'appendice était obstruée par l'épiploon et les rechutes tenaient peut-être à des poussées d'épiploïte, ce qui ne me paraît pas assez connu des médecins. » Cette phrase resta sans écho.

(1) WALTHER, *Congrès français de chirurgie*, 1898.

(2) *Soc. chirurgie*, 8 juin 1892 : comptes rendus, p. 423, obs. III.

Dans la monographie si complète de Ch. Monod et Vanverts (1), nous trouvons ces quelques lignes à propos de l'appendicite chronique : « Il faut ajouter que les rechutes peuvent dépendre aussi des lésions périappendiculaires, — exsudats plastiques, séreux ou même purulents, — qui demeurent après une première attaque et sont parfois le point de départ de nouvelles crises. » Et plus loin, les mêmes auteurs, décrivant le « type intermittent » de l'appendicite chronique, soupçonnent les adhérences épiploïques d'être la cause des douleurs d'une part, et d'autre part, de la tumeur perçue par la palpation.

« Plus souvent, disent ces auteurs (2), persistent des symptômes locaux, le malade ressent dans la fosse iliaque droite quelques douleurs qu'on exaspère ou qu'on réveille par la pression du doigt, et qui présentent ordinairement un maximum dans cette région. La palpation est souvent négative : dans d'autres cas, on constate au niveau du point douloureux, la présence d'une tumeur plus ou moins nette, dans laquelle, il est bien rare qu'on puisse reconnaître les caractères de l'appendice hypertrophié et dilaté. Fréquemment aussi existent des troubles digestifs dénotant un catarrhe chronique de la muqueuse. »

Brun, dans son excellent article du *Traité Grancher-Comby-Marfais* (3), consacre quelques lignes seulement à la question : « Il est des cas, où les accidents d'appendicite chronique existent à l'état permanent, sous forme de douleurs vagues, de tiraillements localisés à la fosse iliaque droite, gênant la marche et s'exagérant à la moindre fatigue, sans que la palpation fournisse aucun renseignement. Ces douleurs spéciales sont souvent sous la dépendance d'adhérences épiploïques. »

Mais les passages que nous venons de relever ne semblent pas avoir préoccupé les auteurs qui se sont occupés ultérieurement de l'appendicite, car nulle part dans les travaux originaux parus jusqu'à présent, sauf dans la récente communication de M. Walther, nous n'avons vu que ce point spécial ait été mis en relief.

(1) *L'appendicite*, p. 124.

(2) *Loco citato*, p. 127.

(3) T. III, p. 131.

Cependant, l'an dernier, M. Demoulin, puis M. Guinard ont rapporté des observations de « pseudo-appendicite » d'un intérêt tout particulier, observations sur lesquelles nous aurons à revenir.

Il s'agit en effet de malades opérés d'appendicite qui continuèrent à présenter des symptômes douloureux après l'appendicectomie. Nous aurons à rechercher plus tard dans quelle mesure nous devons rattacher ces symptômes à l'existence probable de poussées d'épiploïte. Pour le moment nous nous contenterons de signaler ces faits en y ajoutant une très intéressante observation de J. Bogdanick (*Wiener Med. Presse*, 1898), rapportée dans la thèse récente de M. du Pindray.

Dans ce qui suit, nous allons essayer de dégager la part qui revient aux adhérences épiploïques et à l'épiploïte aiguë en particulier, dans la symptomatologie d'une forme de l'appendicite chronique.

Nous étudierons donc successivement dans les différents chapitres de ce travail les lésions anatomiques que l'épiploon peut présenter à la suite de l'appendicite. Nous chercherons ensuite à réunir dans un tableau d'ensemble les différents symptômes que l'on peut attribuer à ces lésions ; nous essaierons d'en tracer le mécanisme pathogénique ; nous appuyant principalement sur l'intéressant travail de notre cher maître, M. Walther, et sur les cas que nous avons pu observer étant l'interne de M. le professeur Tillaux, nous esquisserons une classification des différentes formes de l'appendicite chronique avec épiploïte.

Enfin, nous terminerons par quelques considérations, relatives à l'intérêt diagnostique et au traitement chirurgical de ces cas particuliers.

Si, pressé par le temps, nous ne pouvons dès maintenant étudier aussi complètement que nous l'aurions voulu, le tableau clinique de l'appendicite chronique, du moins ce travail aura-t-il peut-être le mérite de retenir l'attention des praticiens sur ce point, que nous espérons bien un jour pouvoir approfondir et que d'autres pourront, en attendant, continuer, en s'appuyant sur des faits nouveaux, bien observés à ce point de vue.

CHAPITRE PREMIER

Anatomie pathologique.

Nous n'étudierons pas ici l'anatomie normale de l'appendice : les thèses de ces dernières années reproduisent toutes les données nouvellement acquises sur l'appendice iléo-cæcal depuis que cet organe intéresse la thérapeutique chirurgicale.

Il nous suffira de rappeler les nombreuses *variétés de position* de l'organe. On sait que, suivant les cas, on peut reconnaître un appendice *externe, interne, ascendant* ou *descendant*.

La disposition latérale interne de l'appendice, par rapport au cæcum et sa variété ascendante, nous intéressent particulièrement au point de vue auquel nous nous plaçons.

Pour M. Lafforgue, dont le travail a été si souvent cité, le type latéral interne s'observerait dans la proportion de 26 0/0. Dans cette situation, l'appendice se met naturellement en rapport avec la face postérieure du grand épiploon qui, comme on sait, descend souvent assez bas, jusqu'au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure. Mais, alors même que l'épiploon ne serait pas primitivement en rapport avec l'épiploon, les adhérences péri-appendiculaires, qui se forment entre l'appendice et les anses intestinales, peuvent dévier cet organe et, ainsi que l'a bien montré Roux, la situation primitive de l'appendice n'influe en rien sur le choix de la région où la péritonite localisée ira fixer cet organe : « Quand l'appendice est libre dans l'abdomen, dit Talamon, la poussée inflammatoire initiale peut le fixer et le faire adhérer en des points où on ne songerait guère à le rencontrer : au rectum, à la vessie, au vagin ; on l'a vu au fond du scrotum dans un sac herniaire, contre la paroi antérieure du ventre, au voisinage de l'ombilic. »

C'est qu'en effet, au cours de l'appendicite aiguë, même dès la

première crise, les lésions péri-appendiculaires manquent rarement et du côté du péritoine, on peut observer la péritonite localisée, plastique ou suppurée, et la péritonite généralisée. L'injection de la séreuse au niveau de l'appendice traduit dès le début la réaction du péritoine. Les choses peuvent en rester là ; ordinairement à cette vascularisation succède une infiltration d'exsudats plastiques : c'est ce qui constitue à proprement parler la péritonite localisée péri-appendiculaire. Elle dépasse généralement de beaucoup la zone appendiculaire du péritoine, elle remonte autour du péritoine cæcal, et, ainsi se crée des adhérences fibreuses, qui unissent entre eux tous ces organes : appendice, cæcum, paroi abdominale antérieure, épiploon.

Les lésions évoluent de façon variable : dans les cas aigus types, l'inflammation se généralise : cette péritonite d'emblée ne nous intéresse pas ici. Dans les cas moins graves, l'inflammation péritonéale reste localisée et dans ce cas ou bien toute trace d'inflammation disparaît après la première poussée, ou bien, ce qui paraît être plus fréquent, les adhérences du début se constituent d'une façon définitive, s'organisent, et de molles et lâches qu'elles étaient au début deviennent résistantes, épaisses, formant, tout autour du cæcum et de son diverticule, un plastron épais de tissu fibreux. A chaque poussée inflammatoire, la masse d'adhérences s'augmente, et il n'est pas rare, lors de la résection de l'appendice à froid, d'éprouver une véritable difficulté à dégager ou même à retrouver l'appendice, perdu au milieu de ces fausses membranes. Il serait facile d'en multiplier les exemples : rappelons seulement les 4 cas d'appendicite à rechute opérés à froid par M. Reclus (1) : l'appendice ne put être trouvé qu'après de longues et patientes recherches et M. Reclus dut le sculpter dans une gangue épaisse de néo-membranes.

En ce qui concerne les *adhérences épiploïques*, nous les avons trouvées signalées avec une assez grande fréquence, mais dans des conditions bien variables : l'association de l'appendicite et des

(1) *Société de chirurgie*, juillet 1895.

adhérences épiploïques peut en effet se présenter sous des formes variables. Nous les rangerons, avec M. Walther, en 4 groupes, ainsi répartis :

1° Adhérences épiploïques anciennes : appendicite chronique à évolution latente sans aucune crise aiguë ;

2° Adhérences épiploïques anciennes : crise récente d'appendicite aiguë ;

3° Appendicite à répétition : adhérences épiploïques récentes ; poussées d'épiploïte simulant des crises d'appendicite ;

4° Crise d'appendicite récente : adhérences épiploïques récentes.

PREMIER GROUPE. — Adhérences épiploïques anciennes : appendicite chronique à évolution latente sans aucune crise aiguë.

Les cas du premier groupe sont parmi les plus fréquents : ce sont aussi les plus connus. Les adhérences de l'épiploon ne présentent ici rien de particulier. Au cours de l'opération, on trouve, entre l'appendice et l'épiploon, des adhérences fibreuses, résistantes, plus ou moins étendues. Tantôt l'appendice n'adhère que par une petite portion de son extrémité libre, tantôt les adhérences sont plus considérables et remontent à une hauteur variable sur le cæcum.

Dans l'observation I de M. Walther, les adhérences épiploïques s'étendaient sur une longueur de 6 centimètres; dans l'observation II l'adhérence est encore plus marquée : l'épiploon tout entier adhère au cæcum puis au côlon ascendant, jusqu'à l'angle du côlon transverse.

Ces adhérences se présentent avec des caractères variables. Plus ou moins épaisses, elles peuvent être légères, se laissant facilement déchirer avec les doigts, ou bien, au contraire, elles sont fibreuses, dures et rétractées, et l'intestin, perdu dans cette coque, ne se décortique qu'avec peine.

L'épiploon présente à leur niveau une vascularisation assez marquée, moins intense cependant que dans les cas signalés plus loin. Généralement le tissu graisseux de l'épiploon est plus abondant à ce niveau : l'inflammation chronique et modérée de l'organe entraîne, comme dans les péri-cystites chroniques, un épaississe-

ment marqué du tissu adipeux, souvent également frappé de sclérose.

Ces adhérences ne présentent pas toujours leur maximum de solidité au niveau de l'appendice. Il arrive souvent même que celles qui unissent l'épiploon à l'appendice sont faibles et peu marquées. Elles peuvent même ne pas exister et l'épiploon n'adhère qu'aux organes voisins, au cæcum tout particulièrement, et assez souvent aussi à la paroi abdominale antérieure ; au-dessous, l'appendice reste libre ou n'adhère que par son extrémité.

Les adhérences épiploïques sont fréquemment associées à d'autres adhérences. C'est ainsi que nous les voyons coïncider avec des adhérences annexielles, dans les observations de la thèse de Barnsby (1). Dans d'autres cas, il y a en même temps des adhérences de la fosse iliaque, de l'intestin : ce dernier cas en particulier est fréquent lorsque dans une hernie appendiculaire l'épiploon se trouve entraîné dans le sac avec une portion de l'intestin grêle. Malgré l'intérêt que présentent ces dernières sortes d'adhérences, nous n'y insistons pas davantage.

OBS. 1. — Thèse BARNSEY (Obs. XII, résumée). — *Coexistence d'adhérences épiploïques et de lésions annexielles.*

R... Marie, 20 ans, réglée à 15 régulièrement.

Leucorrhée et douleurs abdominales bilatérales plus marquées à droite, ne tardant pas à prédominer de ce côté.

Ni grossesse, ni fausse couche.

Etat actuel. — Etat général assez bon. *Digestions pénibles. Constipation opiniâtre.*

On sent au palper, à droite, un *plastron douloureux* occupant tout le côté droit ; pas de fluctuation.

On détermine au niveau du point de Mac Burney une douleur assez vive : appendicite latente probable, et annexite droite, nettement constatable au toucher.

Laparotomie. — Des adhérences épiploïques sont d'abord libérées ; on résèque l'épiploon. Ablation d'un hydro-salpinx.

Seconde incision latérale : au devant du cæcum et en bas on tombe sur un *abcès fongueux*, sans pus. L'appendice, très adhérent, est réséqué.

(1) BARNSEY, *Appendicite et annexite*. Thèse Paris, 1898.

II^e GROUPE. — Adhéhérences épiploïques anciennes : crise récente d'appendicite aiguë.

Le deuxième groupe de M. Walther renferme des cas d'appendicite aiguë.

A l'opération, on trouve un appendice malade portant les traces d'une inflammation récente et tout autour des adhésions chroniques, anciennes, rattachant l'appendice à l'épiploon.

D'une manière générale, les adhésions épiploïques présentent ici les mêmes caractères que précédemment. Cependant il est certaines particularités utiles à connaître. L'épiploon présente fréquemment un peu de rougeur indiquant qu'il commence à participer au processus inflammatoire, mais surtout il n'est pas rare de trouver au milieu de ces adhésions une sérosité rougeâtre mêlée de pus : ces adhésions épiploïques ont alors un rôle véritablement utile, un rôle *protecteur*. Elles limitent le processus inflammatoire : elles constituent une barrière efficace le plus souvent et il n'est pas rare de trouver ainsi en arrière d'elles un appendice perforé.

Nous avons pu réunir plusieurs observations de ce genre :

C'est ainsi que, dans le cas III de la communication de M. Terrier à la séance de la Société de chirurgie du 8 juin 1892, nous lisons : « L'appendice incisé est notablement épaissi. Cet épaississement porte surtout sur la muqueuse qui a conservé sa coloration grise, à part un point où elle est rougeâtre, ulcérée. A ce niveau existe une perforation de l'appendice qui arrive sur la partie latérale du mésopappendice et dans laquelle on enfonce très facilement un fin stylet mécanique ou bien une épingle. Cette perforation était temporairement *obstruée par l'épiploon*, etc. »

Il en est de même dans les observations personnelles suivantes et dans l'observation de M. Broca.

Obs. 2 (personnelle). — *Crise récente d'appendicite. — Adhésions anciennes. — Douleurs et tumeur par épiploon. — Rôle protecteur de l'épiploon.*

A. R..., 15 ans. — En décembre 1896, subitement survinrent des

douleurs intolérables, dans le ventre, principalement au niveau de la fosse iliaque droite ; ces douleurs s'accompagnèrent de vomissements, et durèrent quelques jours.

Le médecin porta le diagnostic d'appendicite, institua le traitement médical et conseilla aux parents de faire opérer leur enfant aussitôt qu'il serait en convalescence.

M. Tillaux consulté en mars 1897 proposa l'opération qui fut de suite acceptée, car, après la première crise de décembre 1896, la santé n'était jamais revenue complète ; l'enfant était souvent repris de douleurs sourdes en un point correspondant au point de Mac Burney : ces douleurs duraient quelques heures, parfois plusieurs jours. Elles apparaissaient 2 à 3 heures après le repas, ou à l'occasion d'une marche un peu longue, d'une séance de gymnastique. Parfois en même temps survinrent des nausées, des vomissements, et la constipation était à peu près absolue.

Sous l'influence du repos au lit, de la diète absolue, les phénomènes douloureux s'amendaient assez vite. Mais très fréquemment l'enfant se plaignait de malaises, de tiraillements dans le ventre.

A plusieurs reprises, la mère, qui surveillait attentivement l'enfant, constata dans la fosse iliaque droite, une sorte d'empatement douloureux.

L'état général de l'enfant devenant mauvais, et les douleurs assez gênantes pour empêcher l'enfant de continuer ses cours, la mère se décida rapidement à suivre les conseils de son médecin et de M. Tillaux.

L'opération fut faite par M. Tillaux dans une maison de santé, en mars 1897, et voici les quelques points intéressants que M. Tillaux a bien voulu nous dicter.

Aussitôt le péritoine ouvert, on aperçoit une masse épiploïque, rougeâtre, dure, et adhérente en plusieurs points à la paroi abdominale. On décolle facilement ces adhérences et on aperçoit, une partie de l'épiploon adhérente au cæcum et au côlon, sur une hauteur d'environ 10 centimètres. Ligature en chaîne de cet épiploon et section en masse. On constate très nettement que cet épiploon diffère par sa coloration, et sa consistance plus dure, d'un épiploon normal. Il existe aussi quelques franges épiploïques adhérentes aux 2/3 supérieurs de l'appendice. Celui-ci est réséqué à 97 millimètres de sa base. Il est turgescant, ne renferme pas de calculs, et son calibre paraît perméable.

La guérison survint sans incidents, et depuis, au dire de la mère, qui nous a écrit cette semaine, l'enfant n'a plus jamais souffert.

Obs. 3 (personnelle). — *Appendicite à répétition. — Epiploïte. — Adhérences épiploïques masquant une perforation imminente.*

A. Bouss..., à 10 ans, en 1888 première crise. L'enfant fut pris au collège, subitement, d'une douleur aiguë, localisée à droite, un peu

au-dessous du foie, nous a dit la mère. Cette douleur disparut en 4 ou 5 jours, sous l'influence du repos au lit, de la diète et des cataplasmes laudanisés.

En 1891, nouvelle crise de douleurs avec vomissements et constipation. Attribuée à une chute de bicyclette, elle disparut comme la précédente, sans reliquats.

En 1894, 3^e crise, plus forte que les précédentes, laissant une constipation opiniâtre.

A la fin de la même année, 4^e crise, à la suite d'une course à bicyclette.

En 1896, 5^e crise, occasionnée, dit la mère, par le froid : les douleurs toujours localisées au même point, correspondant au point de Mac Burney, furent assez violentes. Le médecin constata une tumeur dans la fosse iliaque droite, et diagnostiqua pour la première fois l'appendicite.

Jusqu'en juin 1896, le jeune homme se plaignit de douleurs vagues, d'endolorissement presque continu, siégeant au niveau de la fosse iliaque droite, avec irradiation dans la région lombaire et tout autour de l'ombilic. Ces phénomènes s'exaspéraient à la moindre fatigue, et le malade ne pouvait monter à bicyclette. Quelques heures après le repas, il éprouvait des pesanteurs, avec parfois des nausées, une sensation de barre au niveau du côlon transverse. Les selles étaient très irrégulières et quelquefois après plusieurs jours de constipation, ne cédant pas aux lavements, il y avait des crises diarrhéiques. L'appétit était capricieux, la langue suburrale, et c'est avec peine que le jeune homme suivait ses cours, son caractère s'étant aigri de par ce malaise continu.

En juin 1896, les douleurs devinrent plus aiguës et pendant quelques jours, effrayée par cette crise, la mère crut qu'il fallait l'opérer de suite. Sous l'influence du traitement médical, les phénomènes aigus cessèrent. M. Tillaux, que les parents avaient demandé en consultation, conseilla l'opération qu'il déclara promptement indispensable.

Elle eut lieu le 12 août chez les Frères St-Jean de Dieu.

Après l'incision classique, M. Tillaux découvrit une masse d'épiploon tuméfié, violacé, adhérent à la paroi d'une part, à la fin de l'intestin grêle, au cæcum d'autre part. Ces adhérences décollées tout doucement et réséquées en plusieurs pédicules, M. Tillaux découvrit au milieu d'un magma un appendice déformé, distendu, rempli de pus. Et, détail intéressant, l'appendice *adhérait fortement à une masse d'épiploon.*

Cette adhérence décollée et réséquée, M. Tillaux constata que près de sa pointe l'*appendice était presque perforé.* Une mince épaisseur de séreuse résistait seule. Il est donc à peu près certain que l'*épiploon*, grâce à son *adhérence protectrice*, avait empêché la péritonite de se généraliser.

Les suites de l'opération furent très simples et le malade guérit parfaitement.

Nous avons su par la mère, revue il y a 1 mois, que son fils n'avait plus jamais souffert et était actuellement un vigoureux jeune homme.

OBS. 4. — *Adhérences épiploïques masquant la perforation de l'appendice.* — *Appendicite* (A. BROCA, *Soc. anat.*, 1894, p. 828).

Fillette qui, il y a plusieurs mois, fut prise d'appendicite avec foyer iliaque circonscrit. Incision sans recherche de l'appendicite.

Quelque temps après éviscération, 2^e opération.

Ouverture du péritoine. Libération de l'épiploon adhérent derrière l'épiploon ; je vis venir l'appendice, qui lui adhérait par son sommet dilaté en une petite sphère, grosse comme un pois.

Après libération de cette adhérence, je vis qu'elle bouchait une petite perforation de l'appendice. Ces lésions en somme légères étaient les seules qui indiquaient le processus inflammatoire grave dont la fosse iliaque avait été le siège. *Réséction de l'appendice.*

Ce que je désire montrer, ajoute M. Broca, c'est cette perforation qu'une adhérence bouchait ; elle est la règle dans les appendicites à rechutes et le danger vient de ce que souvent, sans qu'on sache pourquoi, cette adhérence se rompt et le sujet meurt de péritonite aiguë.

Dans une autre opération pour appendicite à rechutes, M. Broca pratique une incision oblique parallèle à l'arcade crurale et ne trouve pas de foyer purulent, mais une bride épiploïque rouge et adhérente le conduit sur un appendice placé en dedans du cæcum et plongeant vers le bassin. Tout l'angle iléo-cæcal est attiré au dehors avec l'appendice. *On constate alors que l'épiploon adhère à ce dernier au niveau d'une perforation située à l'union du quart externe, là il y a une goutte de pus : anses voisines rouges, mais non adhérentes.* Drain et pansement. L'appendice réséqué est perforé et son bout cæcal oblitéré. Pas de corps étranger. Sort entièrement guéri le 12 juin.

Nous retrouvons la même influence protectrice des néo-membranes épiploïques dans un cas de M. Poncet rapporté par M. Anghel dans sa thèse (Paris, 1898).

Nous avons noté des faits analogues dans plusieurs autres cas.

OBS. 5. — *Appendicite à répétition. — Adhéhérences épiploïques. — Rôle protecteur de l'épiploon* (D^r QUÉNU, *Journal des Praticiens*, 9 avril 1898, p. 226).

Mme V..., âgée de 25 ans, entre le 7 janvier à l'hôpital Cochin pour une appendicite chronique de nature suspecte : sa mère, en effet, est morte phthisique et un de ses frères a une tumeur blanche ; elle-même paraît assez chétive, mais ne tousse pas et n'a aucun passé thoracique.

A l'âge de 21 ans, attaque d'appendicite aiguë, soit il y a quatre ans ; il y a deux ans, nouvelle crise terminée par l'issue de pus dans les selles. En novembre dernier, violentes douleurs dans le côté droit du ventre, apaisées le 15 décembre par l'évacuation de pus par le rectum. Depuis, douleurs moins intenses, mais nécessitant un repos au lit.

Dans la région cœcale, on sent une induration profonde dont l'extrémité supérieure effleure la ligne ilio-ombilicale ; l'utérus est abaissé et très mobile et le cul-de-sac latéral droit est rempli par une masse indurée, douloureuse, continue avec l'induration iliaque ; aucune grossesse, ni fausse couche, menstruation régulière ; quelques pertes en blanc, la première année de son mariage, pour lesquelles on l'a soignée durant un mois, mais postérieurement à sa première crise d'appendicite.

L'évolution des accidents autorisait à penser que la masse pelvienne était secondaire et peut-être le résultat de l'appendicite. Les constatations faites au cours de l'opération sont venues confirmer cette manière de voir.

Laparotomie médiane le 27 janvier 1898. Dans la fosse iliaque droite, on trouve un foyer auquel adhèrent des anses intestinales, l'épiploon et l'appendice ; une des anses d'intestin grêle est perforée, et nécessite une suture assez étendue, l'appendice est perforé et cette perforation s'ouvre dans le foyer qui est déjà assez ancien. Après le détachement et la résection de l'épiploon, le détachement des anses adhérentes et la suture de l'anse ulcérée et perforée, on résèque l'appendice.

Dans le petit bassin, lésions de salpingite sèche double, plus prononcées à droite ; à gauche, ovaire scléro-kystique et quelques adhérences. Dans le cul-de-sac de Douglas, foyer ouvert dans le rectum ; nettoyage du foyer et suture de la perforation rectale, mais étant donnée la friabilité des parois rectales, n'étant pas sûr du plan de suture, on extirpe l'utérus par section médiane, afin de pouvoir appliquer contre la face antérieure du rectum un tamponnement de gaze iodoformée sortant par le vagin ; drainage hypogastrique et iliaque. Durée : 2 heures et demie.

Lès jours qui suivent, suintement abondant par les drains (streptocoques dans la sérosité louche examinée chaque jour). Le 3 mars, la malade ne souffre que d'une eschare, en voie de guérison d'ailleurs.

III^e GROUPE. — **Appendicite à répétition : adhérences épiploïques ; poussées d'épiploïte simulant des crises d'appendicite.**

Le troisième groupe de M. Walther renferme les cas les plus intéressants. Ici l'épiploïte se place au premier plan. L'appendicite est restée silencieuse. Sous une influence quelconque, l'épiploon s'enflamme et réalise cliniquement le tableau symptomatique d'une crise aiguë d'appendicite. Ces cas sont peut-être et même très probablement plus fréquents qu'il ne paraît tout d'abord. Cependant ils n'ont pas été suffisamment observés et mis en lumière. Nous reviendrons sur ce point au chapitre de l'étude clinique. Pour le moment, nous devons simplement indiquer la nature et l'état des lésions constatées. En général, du côté de l'appendice on ne trouve que peu de chose : les traces d'une appendicite ancienne avec adhérences péri-cæcales et épiploïques.

L'inflammation de l'épiploon se traduit par son aspect rouge et granuleux, par sa grande vascularisation. On y peut aussi noter de petites extravasations sanguines, des foyers hémorrhagiques généralement peu étendus.

Ces lésions sont celles qui furent notées au cours de l'opération dans le cas rapporté par M. Walther.

Dans une autre observation de J. Bogdanick (*Wiener med. Presse*, 1898, p. 607), rapportée dans une thèse récente (A. DE PINDRAY, Paris, oct. 1898), en présence de phénomènes douloureux et de symptômes d'étranglement, le diagnostic porté avait été hernie droite coïncidant avec une appendicite. L'opération montra que l'appendice était sain, mais l'épiploon était hypertrophié, adhérent au péritoine pariétal. Dans son ensemble, il ressemblait à une tumeur marbrée d'un jaune sale et de consistance assez ferme. Cette tumeur donnait l'impression d'une collection purulente, ce qui fut reconnu faux ensuite. La partie principale réséquée, on vit que l'épiploon n'adhérait pas seulement au péritoine pariétal, mais aussi au cæcum au côlon ascendant et à l'intestin grêle. L'appendice hyperémié était

enclavé dans la tumeur ; il se laissait facilement énucléer et séparer de la partie filiforme de l'épiploon qui descendait dans le sac herniaire.

Dans ce cas, que l'auteur rapporte comme une erreur de diagnostic et qu'il intitule : « *Epiplocèle droite simulant une appendicite* », nous croyons qu'en réalité, il s'agit surtout d'épiploïte venant compliquer une ancienne appendicite. D'ailleurs, l'auteur, tout en disant que l'appendice droit était sain et normal, reconnaît qu'il était hyperémié et qu'il portait des traces d'*inflammation adhésive*. En réalité, les lésions manifestes observées du côté de l'épiploon doivent évidemment être attribuées à une ancienne appendicite. Les lésions appendiculaires n'ont laissé macroscopiquement que des traces insignifiantes. L'épiploon, infecté par propagation, a conservé la marque du foyer de péritonite localisée, très atténué dans ses manifestations cliniques, qui dut exister à un moment donné.

Le cas de M. Walther nous confirme dans cette opinion : « L'opération, dit notre maître (1), montra que l'épiploon était encore très enflammé et que les crises douloureuses, nettement localisées au point où siégeait la tumeur, répondaient bien à des poussées d'épiploïte, *tandis que l'appendice n'offrait plus que la trace de lésions anciennes sans poussée aiguë récente.* »

Comment expliquer d'autre part ces lésions aiguës d'épiploïte coïncidant avec une inflammation si peu marquée de l'appendice ? « Il s'agit évidemment ici, dit M. Walther, de la persistance de foyers infectieux au voisinage de l'appendice à la suite d'infection aiguë d'origine appendiculaire. »

L'extension du processus infectieux se fait vraisemblablement soit par l'intermédiaire des lymphatiques qui aboutissent au ganglion de Clado, soit plus ordinairement et plus simplement par voie de contiguïté. La pénétration des microorganismes dans les organes voisins de l'appendice peut se faire en dehors de toute perforation. Les expériences de Klecki ont prouvé que les microorganismes contenus dans l'appendice peuvent envahir le péritoine sans

(1) *Congrès franç. de Chirurgie*, 1898, p. 349.

que l'appendice soit perforé. On a même vu (Poncet et Margery) des péritonites généralisées reconnaître la même origine.

Quoi qu'il en soit de son mode d'extension, l'infection qui a gagné l'épiploon peut rester localisée en ce point. Il existe au niveau de ces adhérences une sorte de microbisme latent qui sous la moindre influence peut prendre un caractère aigu. Cliniquement, nous le verrons plus loin, le syndrome appendicite est créé et, par une sorte de choc en retour, l'appendice à son tour peut réagir, à la poussée d'épiplélite succède une nouvelle poussée d'appendicite et nous revenons ainsi au cas de la seconde catégorie.

Obs. 6 (personnelle). — *Appendicite à répétition. — Crises d'épiplélite simulant l'appendicite. — Adhérences épiploïques jouant un rôle protecteur.*

Antécédents héréditaires. — Ses parents sont bien portants. Ils n'ont jamais présenté de crises douloureuses rappelant l'appendicite.

Antécédents personnels. — Jusqu'en mars 1898, le sujet a toujours joui d'une bonne santé. Il est sommelier, n'a jamais fait d'excès de boissons. Il est en France depuis 2 ans.

Au mois de février 1898 le sujet éprouva quelques malaises : il souffrait des reins, avait quelquefois mal à la tête.

Il attribuait ces troubles à de la constipation : jusqu'à cette époque, il allait régulièrement à la selle.

Mais, au mois de février, il restait 3 ou 4 jours sans aller à la garde-robe.

Il n'a jamais rendu de glaires, ni calculs, ni fausses membranes dans les garde-robes.

L'appétit était un peu diminué.

Pas de vomissements, ni de nausées.

Le 5 mars dernier, le malade servait à table quand il ressentit tout à coup une douleur très vive dans le ventre.

Avec le doigt, le sujet montre le siège de cette douleur : c'est exactement le point de Mac Burney. La douleur ressentie est comparée par le malade à celle produite par un coup de couteau. Il se coucha, mit sur le ventre des cataplasmes et, sur les conseils du médecin, resta à la diète absolue. La douleur, qui pendant quelques heures fut assez intense, se calma le soir même. Le lendemain, le thermomètre marquait 38° et pendant 99 jours oscilla entre 38° et 39°.

Le malade ne vomit pas et n'eut pas de nausées. On lui administra le lendemain de la crise, un lavement qui fut suivi d'une selle. Ce lavement fut renouvelé tous les jours pendant une quinzaine. Huit jours après le début de la crise, les douleurs avaient à peu près disparu,

mais le malade ressentait encore une douleur à chaque effort qu'il faisait. Il resta au lit 5 semaines : il ne prenait pas d'autre aliment que 1 litre de lait. Il se leva et vint consulter M. Tillaux qui lui permit de manger des aliments très légers, et lui conseilla de revenir le voir, 1 mois après, si les douleurs réapparaissaient.

Sa convalescence dura tout le mois d'avril, sans souffrances, et le 1^{er} mai il reprit son travail.

Vers le 15 mai, apparurent les phénomènes douloureux pour lesquels il est entré à l'hôpital le 14 novembre.

Tous les matins, vers 10 ou 11 heures, le sujet ressentait une sorte d'endolorissement, progressivement plus intense, dans la fosse iliaque droite. C'était des picotements, des douleurs peu aiguës, une sorte de malaise, de tension de tout le ventre, qui avait son maximum en un point précisé par le malade : le point de Mac Burney, exactement. Ces phénomènes douloureux rendaient le travail difficile mais n'obligeaient pas le malade de garder le repos au lit. Ils disparaissaient spontanément vers la fin de la journée. Jamais de vomissements, ni de nausées. L'appétit restait conservé, mais il n'osait pas manger beaucoup de crainte d'augmenter ses douleurs. Pas de constipation. Les forces allèrent en diminuant, le malade maigrit de 6 kilogs. Il se décida à aller trouver M. Tillaux, pour la seconde fois (12 novembre). Il entre dans son service.

Le 14 novembre, à son entrée dans le service, le sujet n'avait pas ressenti de douleurs depuis 2 jours. Il est du 4^e degré et mange avec appétit. Il va régulièrement à la selle.

S'il ne ressent pas de douleurs spontanées, par contre on provoque une petite douleur au niveau du point de Mac Burney. On constate que le ventre est souple et les doigts arrivent aisément à sentir une petite tumeur rénitente, du volume d'une noix, siégeant à la place de l'appendice. C'est la pression de cette grosseur qui est douloureuse.

L'estomac est légèrement dilaté : il clapote jusqu'au niveau de l'ombilic.

Le foie est normal. La peau, ni les sclérotiques ne présentent de teinte ictérique. Les urines ne renferment ni albumine, ni pigments biliaires, ni sucre.

La température est à 37°, depuis son entrée dans le service.

Le pouls est très nettement ralenti : 45 pulsations.

Pas de bruits anormaux au cœur.

Les poumons paraissent sains.

Pas de troubles du système nerveux.

Le malade pèse actuellement 119 livres.

Opération : le 24 novembre, par M. le professeur Tillaux. — Après incision classique et ouverture du péritoine, on tombe sur l'épiploon formant une masse adhérente à l'intestin grêle d'une part, sur une longueur d'environ 4 centimètres, d'autre part un cæcum sur sa face antérieure, sur une longueur à peu près égale. Les adhérences sont

très peu résistantes et assez facilement décollées ; elles saignent en masse, on met pendant quelques instants une pince de Kocher. L'épiploon était rouge, épaissi, on n'en a pas réséqué. Les adhérences rompues, on aperçoit un magma de fausses membranes qui voilent l'appendice lequel est difficilement trouvé au milieu d'elles. L'appendice sorti de ses adhérences protectrices, on le trouve très épaissi, augmenté de volume, son extrémité inférieure était adhérente au cæcum : on la décolle, mais on déchire un peu la paroi du cæcum : quatre fils de soie sont placés sur cette déchirure, et on résèque l'appendice à sa base suivant le procédé habituel. Il renfermait un petit calcul : examiné par M. Robin, chef du laboratoire, il était surtout riche en fibrine et mucine.

Pansement. Suites opératoires normales. Guérison.

OBS. 7. — *Appendicite à rechute. — Adhérences épiploïques* (HARTMANN et MIGNOT, *Bull. Soc. chirurgie*, 17 novembre 1897 ; résumée).

A. F... 16 ans, entre le 11 avril 1897 à l'hôpital Bichat dans le service de notre maître le professeur Terrier. Ce malade a déjà fait un premier séjour dans le service en janvier dernier, pour un abcès d'origine appendiculaire qui s'est rapidement guéri à la suite d'une incision iliaque. Depuis sa sortie de l'hôpital, il allait bien, n'éprouvant que quelques coliques de temps à autre ; les selles étaient régulières.

Le 8 avril, il fut pris subitement d'une douleur violente dans l'abdomen au cours d'une promenade à la campagne. La douleur fut telle qu'elle l'obligea à rentrer immédiatement et à se mettre au lit avec des vomissements répétés.

A son entrée, le 11 avril, le ventre ne présente rien de particulier ; il est partout sonore ; la cicatrice de la première opération est régulière et ne présente rien de particulier.

Les accidents douloureux ont cessé. Ils reprennent le 13 et le 14, s'accompagnant de vomissements et d'une élévation de la température vespérale, à 38°4, 38°2.

Opération. — Le 16 avril, nous faisons la résection de l'appendice. Le chloroforme est donné par M. Frédet, interne du service ; nous sommes aidés par MM. Guinard et Boureau. Incision parallèle au bord externe du muscle droit et un peu en dehors de lui. A l'ouverture de l'abdomen nous trouvons quelques adhérences péri-cæcales faciles à détacher.

L'appendice est replié de telle façon que sa partie terminale vient se placer en dehors du cæcum. Les deux tiers terminaux sont fusionnés avec une masse épiploïque. Pincement, section et ligature de cet épiploon. Ligature du méso-appendice et de l'appendice à sa base. Cautérisation de la muqueuse du moignon. Enfouissement de celui-ci par quatre points de soie fine, dans l'épaisseur de la paroi cæcale. Réunion totale de la plaie à deux étages, soies et crins. Drainage.

Le pansement est refait le 23 pour enlever les crins cutanés et le drain. La guérison a lieu sans incident et le malade quitte l'hôpital le 12 mai.

L'épiploon, qui est adhérent partout, est épaissi, scléreux et des amas de leucocytes s'y rencontrent aussi très fréquemment.

IV^e GROUPE. — Crise d'appendicite récente ; adhérences épiploïques récentes.

Au quatrième *groupe* appartiennent les cas dans lesquels l'inflammation aiguë de l'appendice se complique d'une poussée aiguë d'épiploïte. Un exemple typique nous en est donné par l'observation inédite suivante, par l'observation citée par M. Dieulafoy, et celle de Delagénère (du Mans) empruntée à la thèse de notre collègue Barnsby.

Obs. 7 bis (inédite). — *Appendicite récente. — Adhérences récentes. — Rôle protecteur.* — Service de M. CAMPENON (due à l'obligeance de notre collègue aet mi, M. HERRENSCHMITT, interne du service).

H..., 21 ans, étudiant en médecine.

Le 1^{er} décembre 1897 au soir, pris pour la première fois de colique légère à siège prédominant dans la fosse iliaque droite.

Il n'y fait aucune attention ; mais, comme les douleurs ont persisté toute la nuit, il en parle le lendemain matin à son interne, M. Ch., qui constate une douleur localisée au point de Mac Burney, mais sans que la palpation lui permette d'apprécier quoi que ce soit d'anormal. Ventre normal, pouls de même, état général parfait. Il lui conseille de se coucher en observant une diète vigoureuse.

Mais dans la journée et pendant la nuit suivante, les phénomènes douloureux s'exaspèrent. Le malade revient à l'hôpital le 3 au matin. Il marche péniblement même soutenu par deux personnes, éprouve une douleur sourde dans la fosse iliaque droite avec accès paroxystiques sous forme de coliques très violentes.

Le facies est un peu grippé, pouls 90 T. 36°8, ventre à peine ballonné. Au palper on éveille une douleur par le frôlement léger de la peau dans la fosse iliaque droite. Profondément on sent nettement un cordon dur et douloureux dirigé verticalement le long du bord externe du grand droit. Pas de vomissements. Constipation.

Le diagnostic d'appendicite s'impose, on fait la laparotomie le jour même à 3 h. 1/2 de l'après-midi.

Incision curviligne dans la fosse iliaque droite ; sitôt le péritoine ouvert on tombe sur un amas de fausses membranes puriformes recou-

vertes par *quelques franges épiploïques adhérentes* au cæcum et à l'appendice.

Ces adhérences se *libèrent aisément* et l'on trouve au milieu d'elles un *appendice turgescent* qui se dresse (*sicut penis*). Il est extrêmement long (13 centimètres environ), n'est pas perforé, mais sphacelé à son extrémité.

Ablation à 1/2 centimètre de son implantation cæcale, inclusion du moignon au moyen d'un surjet péritonéal, toilette du péritoine avec de la gaze stérilisée. Réunion par première intention.

On constate que l'appendice enlevé était perméable sur toute sa longueur et communiquait librement avec le cæcum.

Ablation des fils le 10^e jour. Guérison.

OBS. 8. — *Appendicite récente avec adhérences épiploïques récentes.* —
(DIEULAFOY, *Clinique médicale*, p. 319).

Le 22 avril 1897, entré dans le service de M. Duplay, salle Saint-Landry, 17, un garçon de 28 ans, V... atteint d'une appendicite aiguë, qui avait évolué de la façon suivante. Dans le cours d'une excellente santé, et sans avoir jamais eu le moindre désordre intestinal, ce jeune homme fut réveillé dans la nuit du 31 mars par une assez vive douleur abdominale prédominante à la fosse iliaque droite. Cette douleur, accompagnée de nausées et de vomissements, augmenta progressivement puis diminua vers le matin. Le lendemain de cette nuit douloureuse, ce garçon put se lever et essaya même de travailler; mais la douleur reparut dans la soirée, plus vive encore que la nuit précédente, et cette fois accompagnée de frissons. Le malade dut se coucher et la situation ne s'améliorant pas, il se décida à venir le lendemain à l'hôpital. Quand il arriva dans le service de M. Duplay, où nous l'avons vu, la fièvre était nulle, le ventre n'était pas ballonné, le facies n'était nullement grippé, le pouls était de bonne qualité, l'ensemble des symptômes ne pouvait être meilleur, mais la fosse iliaque droite était douloureuse à la pression, surtout au point de Mac Burney, le muscle droit se défendait fortement, et on percevait à la palpation et à la percussion un empatement sous-jacent, nettement limité. On posa le diagnostic d'appendicite avec abcès iliaque consécutif, l'opération fut décidée et pratiquée par M. Cazin.

Je vous dirai, en passant, que cet homme en était à sa sixième attaque d'appendicite, cette dernière attaque ayant été de beaucoup la plus violente.

A l'ouverture de l'abdomen, le diagnostic fut confirmé; il existait un abcès péri-appendiculaire bien circonscrit, communiquant avec l'appendice perforé. L'appendice était volumineux, renflé à son extrémité inférieure et *relié à la paroi abdominale par des adhérences épiploïques*. L'appendice une fois ouvert dans le sens de la longueur, je constatai, de la façon la plus nette, l'existence d'une appendicite obli-

térante. L'oblitération atteignait la partie moyenne du canal appendiculaire et transformait la partie sous-jacente, en une cavité close, dilatée, purulente et perforée à son extrémité inférieure. Il n'existait aucune concrétion calculeuse. Trois semaines plus tard ce jeune homme quittait l'hôpital complètement guéri.

Autre observation. — J'ai été consulté il y a deux ans, à l'hôpital Necker, par un jeune garçon de 17 ans qui désirait savoir s'il devait se faire opérer d'une appendicite qu'il avait eue trois semaines antérieurement. Au dire du malade, l'appendicite avait été aiguë, très douloureuse, accompagnée de fièvre et de vomissements, puis tout était rentré dans l'ordre ; à peine restait-il quelques douleurs à la fosse iliaque droite, douleurs qui n'étaient pas bien vives, puisque ce jeune homme pouvait sortir, vaquer à ses occupations, et qu'il avait fait à pied une course de 20 minutes pour venir à l'hôpital. Je l'examinai et je trouvai à la fosse iliaque droite, dans la région cæco-appendiculaire, une tuméfaction bien limitée, légèrement douloureuse, qui me parut être un abcès péri-appendiculaire circonscrit à la région cæcale ; c'était le type de l'ancienne pérityphlite. L'état général était excellent et la fièvre était nulle. Ce garçon qui avait eu la chance d'enkyster son abcès péritonéal, était dans les meilleures conditions pour être opéré à froid. Je l'envoyai en chirurgie. M. Routier pratiqua l'opération et constata, en effet, la présence d'un abcès péritonéal circonscrit, consécutif à une appendicite. La guérison se fit rapidement.

Obs. 9. — *Annexite double et appendicite scléreuse.* — *Laparotomie.* — *Castration double.* — *Réséction de l'appendice* (DELAGÉNIÈRE, du Mans, Congrès de chirurgie, 1897 et Th. BARNSBY).

T... August., âgée de 27 ans, n'est réglée que depuis l'âge de 21 ans. Elle n'a pas eu d'enfants, ni fait de fausses couches. Elle commence à souffrir du ventre il y a cinq ans. Les règles deviennent douloureuses et durent 8 à 10 jours. Dans l'intervalle des règles, la malade retrouve d'abord la santé, mais bientôt ses douleurs deviennent continues et semblent se localiser dans le côté droit depuis deux ans. En même temps la malade est prise de constipation et les digestions deviennent difficiles. Il y a quatre mois, elle est prise d'une poussée de pelvipéritonite qui donne lieu à la formation d'un abcès intra-abdominal qui s'évacue dans l'intestin. Après cet accident, la malade s'amaigrit, et bientôt elle est prise d'élancements dans le bas-ventre. La douleur se localise à droite. La fièvre est constante, la malade se cachectise et arrive dans un état déplorable à la maison de santé dans les premiers jours de juillet 1896.

A ce moment, la température vespérale atteint 39 à 40° chaque soir. La malade présente une tuméfaction qui remplit complètement le bassin et ne présente pas de fluctuation. Deux jours après son entrée, elle évacue du pus dans ses selles, ce qui amène une détente. On lui con-

seille alors de rester chez elle, de se soigner par le repos, les injections vaginales et les grands lavages de l'intestin pendant six mois.

Elle revient en septembre 1896, légèrement améliorée mais présentant les mêmes symptômes locaux, masse dure occupant tout le bassin, pus dans les selles, température vespérale moins élevée (38°).

Opération. — 24 septembre 1896 (Résumé). Incision abdominale médiane. — On tombe sur une masse épiploïque adhérente à la paroi et aux organes pelviens. — On la détache et la résèque. On libère ensuite les anses intestinales qui sont fusionnées et adhérentes aux organes pelviens ; plusieurs cavités purulentes sont ouvertes et nettoyées. L'une d'elles, située derrière la masse formée par les annexes malades, s'étend jusque dans la fosse iliaque droite, elle est tapissée d'une pseudo-membrane épaisse et communique avec le rectum qui présente une ouverture de 2 centimètres de longueur. Dans le haut du foyer, l'appendice est trouvé adhérent à la pseudo-membrane sur laquelle il fait un léger relief. On avive la fistule rectale, on dédouble les parois rectales, et on la ferme par trois rangs de suture. On résèque l'appendice après l'avoir libéré de ses adhérences.

On cherche ensuite à isoler les annexes et l'utérus qui ne forment qu'un bloc au milieu d'adhérences épaisses et résistantes. On les isole en arrière, on les soulève pour rendre visibles les ligaments larges. On ouvre ensuite et successivement le cul-de-sac antérieur et le cul-de-sac postérieur, on résèque alors les deux masses latérales des annexes, l'utérus est libéré en deux coups de ciseaux et enlevé. Dans l'impossibilité où on se trouve de reconstituer le plancher pelvien, on draine par le vagin et on referme le ventre après avoir placé un tube à l'extrémité inférieure de la plaie.

Examen histologique de l'appendice (Dr Pilliet). — *Conclusion.* L'appendice est scléreux, oblitéré à la coupe. Il s'agit d'une appendicite scléreuse ancienne avec oblitération due à la fusion des follicules clos et non à un bouchon stercoral.

CHAPITRE II

Étude clinique et pathogénique

Les adhérences épiploïques que nous étudions ne sont pas seulement une particularité anatomique fréquente, curieuse à noter. Ce rôle qu'elles peuvent jouer dans le complexus symptomatique de l'appendicite aiguë, la part importante qu'elles prennent dans le tableau clinique encore mal défini de l'appendicite chronique constituent leur principal intérêt.

Dans ce qui suit, nous allons essayer de déterminer l'importance des adhérences épiploïques chroniques. Afin de procéder avec ordre, nous pensons que la division proposée par M. Walther est encore celle qui correspond le mieux à la réalité et à la séparation des types principaux. C'est donc elle que nous prendrons comme guide, et nous étudierons successivement :

1° Le rôle des adhérences épiploïques anciennes au cours d'une appendicite chronique sans crise aiguë ;

2° Le rôle des adhérences épiploïques anciennes au cours d'une nouvelle crise aiguë d'appendicite aiguë.

3° Le rôle de l'épiploïte aiguë dans l'ensemble clinique décrit sous le nom d'appendicite à répétition.

4° Enfin le rôle de l'épiploïte aiguë associé à l'appendicite aiguë.

1^{er} groupe. Adhérences épiploïques anciennes. — Appendicite chronique à évolution latente sans aucune crise aiguë.

Ces cas forment la catégorie la plus importante, la plus intéressante. En voici quelques observations :

M. Walther s'exprime ainsi :

« Le malade qui fait le sujet de cette première observation m'avait été envoyé à Bicêtre par mon collègue et ami M. le Dr Letulle qui l'avait vu à plusieurs reprises avec le Dr Bernard et avait constaté une dilatation de l'estomac, des troubles dyspeptiques très accusés et de plus des phénomènes douloureux mal déterminés, revenant surtout par véritables crises après les repas, mais sans localisation nette. Lorsque cet homme entra dans mon service, maigre, affaibli avec une très légère teinte jaunâtre, je ne pus non plus faire de diagnostic précis. La pression provoquait une douleur sourde, depuis le foie jusqu'à la fosse iliaque, douleur irradiée en arrière à la région lombaire. Je mis le malade à la diète lactée et le repos absolu au lit. Au bout de quelques jours, il me devint possible de localiser d'une façon plus précise la douleur à la région cæcale : le maximum de la douleur siégeant non exactement au point de Mac Burney, mais un peu plus haut, et là une pression un peu forte déterminait une douleur irradiée à la région ombilicale.*En même temps la palpation du ventre assoupli permettait de constater au niveau du cæcum une masse assez régulière, allongée suivant l'axe du cæcum et du côlon ascendant. Ces signes permettent de croire à l'existence d'une appendicite et d'attribuer à cette cause les troubles digestifs accusés par le malade pour me décider à intervenir et je fis l'opération le 2 avril en présence de M. Letulle.

A l'ouverture de l'abdomen, je trouvai des adhérences épiploïques, *adhérences évidemment très anciennes, fibreuses*, attachant toute la partie inférieure droite de l'épiploon au cæcum et au côlon ascendant sur une hauteur de 6 centimètres environ. L'insertion siégeant assez loin du cul-de-sac cæcal sur la face antérieure du cæcum, près de sa limite supérieure. *L'épiploon était tendu et rétracté et la traction qu'il exerçait sur l'estomac était assez forte pour que, en relevant un peu le bord interne de l'incision, l'estomac apparût déformé, tirailé.*

L'appendice était absolument *indépendant* de ces adhérences épiploïques ; il était situé bien plus profondément. Il fut réséqué et

l'examen histologique (Weinberg, Bobo, Letulle) montra une *appendicite ancienne* avec folliculite plus récente, subaiguë.

Voici du reste l'observation prise par M. Guillot, interne.

OBS. 10 (WALTHER, *eod. loco*).

Louis Auguste Ar..., 37 ans, concierge : entrée : 21 mars 1898.

Antécédents héréditaires. — Père et mère vivants (mère nerveuse).

Antécédents personnels. — Traumatisme dans le flanc droit (coup de pied de cheval, à 28 ans. Aucune maladie jusqu'au service militaire : pendant ce service, il reste 22 mois au Tonkin, où il a successivement : fièvre typhoïde, pleurésie, dysenterie ; revient en France (1885) : en arrivant à Toulon, jaunisse, puis fièvre intense revenant par accès pendant 1 mois.

De 1886 à 1896, rien : son poids moyen est de 142 livres à la fin de 1896 ; la maladie actuelle commence par des douleurs de rein et des douleurs dans le côté droit du ventre, depuis la région sous-hépatique jusqu'à la fosse iliaque. Les douleurs apparaissent immédiatement après les repas : elles durent quelques heures seulement parfois, parfois plusieurs jours. Au moment de ces accès, il n'a jamais eu de vomissements : il a eu de la diarrhée d'une manière constante. Ces crises s'accompagnent d'anorexie. Elles sont de plus en plus fréquentes jusqu'à l'époque actuelle ; de plus en plus douloureuses elles n'ont pas cessé depuis un mois. Le malade est examiné par M. Letulle qui pense d'abord à la lithiase biliaire puis à une appendicite. Diminution progressive de l'appétit, poids tombé à 130 livres.

Etat au moment de son entrée : 21 mars 1898 :

L'exploration révèle une douleur à la palpation, douleur diffuse, mal accusée, occupant presque toute la moitié droite du ventre, sans qu'il soit possible de la localiser au foie, au rein, ou à la région cæcale. Constipation marquée. Léger ballonnement du ventre. Au bout de quelques jours, du repos, douleur provoquée par la palpation, un peu au-dessus du point de Mac Burney, à l'union du flanc et de la fosse iliaque droite. La palpation profonde permet de sentir une masse verticale, arrondie en forme de boudin (boudin cæcal des auteurs).

Tube digestif. — Tout aliment autre que lait, bouillon, œufs, donne une douleur stomacale immédiate ; digestion très pénible, ballonnement du ventre et douleur sourde dans la fosse iliaque.

Foie. — Matité du 5^e espace au bord des fausses côtes.

Epreuve de glycosurie alimentaire (200 gr.) : négative.

Appareil respiratoire. — Quelques frottements en avant et à droite, expiration prolongée au même sommet en avant.

Appareil urinaire. — Rien.

Appareil circulatoire. — Rien.

Système nerveux. — Réflexes tendineux normaux.

Pas de réflexe pharyngien. Pas de troubles de la sensibilité ; a présenté de l'amblyopie à son retour du Tonkin.

Il se dit « assez nerveux ».

Opération le 2 avril 1898 : Ethérisation.

Incision de Roux. Après hémostase soignée, ouverture du péritoine. Le cæcum apparaît voilé de l'épiploon, qui lui adhère par son bord sur une longueur de 6 centimètres et suivant une courbe à concavité interne et postérieure. L'estomac est tirailé par ces adhérences, au point d'être facilement visible dans la plaie opératoire. Cette adhérence est très vasculaire. Ligature en chaîne et résection de l'épiploon. En arrière se trouve l'appendice en position verticale et ascendante : il est légèrement coudé, peu bosselé : on prend sa base et son méso dans les deux mailles d'une ligature en chaîne. Après cette ligature, dissection et rebroussement de la manchette séreuse : section de la muqueuse, curettage : on la touche à l'eau phéniquée forte, on rabat la manchette, on la suture au catgut : drain sur le moignon appendiculaire, suture de la paroi en trois étages : 2 au catgut, (péritoine, muscles) et 1 au crin (peau). Pansement avec bande de gaze iodoformée et un paquet de gaze stérilisée.

Le 4, ablation du drain.

Le 12, ablation de tous les fils.

Sort le 4 mai, portant une ceinture abdominale.

Revu 3 fois en 3 mois. A recouvré l'appétit et augmenté de poids : 143 livres. Il mange toute espèce d'aliments et digère normalement.

Examen histologique. — Dr Weinberg.

L'appendice, long de 6 cent. 1/2 est coudé. Il est oblitéré sur 3 cent. 1/2 de son étendue, à partir du bout libre.

Nombreuses adhérences épiploïques.

L'examen histologique montre qu'il s'agit ici d'une réinfection aiguë d'un appendice chroniquement enflammé et oblitéré au niveau de son bout libre.

On ne trouve rien de particulier au niveau de son bout oblitéré. A noter quelques rares vaisseaux lymphatiques, remplis de globules blancs.

Au niveau de la partie perméable de l'appendice, on constate une appendicite aiguë simple, caractérisée par l'inflammation aiguë du tissu réticulé de la sous-muqueuse, et par la participation au processus inflammatoire de tout le système lymphatique de l'organe.

Le péritoine est enflammé et donne lieu à la formation de fausses membranes surtout marquée au niveau du bord libre de l'appendice.

OBS. 11 (WALTHER, *ead. loco*).

Antécédents. — Dans l'enfance, maladie d'intestins grave, vers l'âge de six ou huit ans sans renseignements précis. Depuis, toujours des

troubles gastro-intestinaux plus ou moins accusés. Digestions laborieuses, constipation habituelle, selles glaireuses.

Douleurs de reins, douleurs dans tout le ventre, mais plus à droite.

Longtemps la malade a été soignée par Germain Sée, mais surtout pour des accidents cardio-vasculaires qui ont été améliorés par l'usage de l'iode de calcaire.

En 1894, à Menton, le Dr Galland Gleize l'examinant pour les douleurs de ventre dont elle se plaignait toujours, constata la présence d'une tumeur dans la fosse iliaque et porta le diagnostic de péritéphilite chronique.

En 1895, M. Bouisson vit la malade pour la première fois et trouva en effet, dans la région cœcale, un empatement profond assez étendu (de quatre travers de doigt environ en long et en large), non mobilisable, douloureux à la pression.

La malade présentait toujours des signes de colite muco-membraneuse. A la suite d'un régime approprié et de grands lavages quotidiens de l'intestin à l'eau bouillie, les douleurs diminuèrent un peu d'intensité, la tumeur iliaque s'effaça aussi en partie, mais les garde-robes contenaient toujours du mucus et des peaux.

Toute l'année 1896 se passa, la malade tourmentée surtout par sa constipation, obligée de passer chaque matin au moins une heure à prendre des lavements pour obtenir une garde-robe.

En 1897, saison à Châtel-Guyon. Irrigations intestinales abondantes qui amènent une légère amélioration ; mais aussitôt après fièvre typhoïde bénigne.

Au commencement de 1898 crise légère d'urémie probablement consécutive à une intoxication alimentaire, car l'albuminurie a rapidement disparu et ne s'est plus montrée depuis.

Examen le 9 avril 1898, avec M. Bouisson. — Femme très nerveuse. Embonpoint exagéré. Palpitations fréquentes. Mais pas de lésion cardiaque appréciable. Abdomen très difficile à explorer à cause de l'épaisseur de la paroi. Douleur diffuse dans toute la moitié droite de l'abdomen et dans la région lombaire droite. Le maximum de la douleur à la pression siège très nettement sur le cæcum. La pression en ce point, outre la douleur locale, provoque une sensation de tiraillement pénible à la région ombilicale. La palpation permet de reconnaître au niveau du cæcum une masse profonde, immobile, qui correspond exactement au point le plus douloureux.

Il existe de plus une rétroflexion douloureuse et un prolapsus de la muqueuse rectale très pénible à cause des efforts que provoque la constipation opiniâtre.

Ce dont se plaint surtout la malade, en dehors des troubles digestifs, c'est la douleur constante de la fosse iliaque et surtout de la région lombaire, douleur qui rend la marche très pénible et qui a son maximum d'intensité quand la malade va en voiture.

Le repos, le régime sévère n'amènent aucune amélioration, et sur les instances pressantes et réitérées de la malade je me décide à intervenir.

Opération le 5 mai.— Anesthésie à l'éther. Incision très longue à cause de l'épaisseur de la paroi. A l'ouverture de l'abdomen l'épiploon apparaît masquant toute la région.

L'épiploon tout entier adhère au cæcum, puis au côlon ascendant jusqu'à l'angle du côlon transverse. Ces adhérences sont fibreuses, anciennes, impossibles à décortiquer de l'intestin.

L'épiploon est chargé de graisse, assez vascularisé mais pas rouge comme dans les cas d'épiloïte récente. Il est réséqué après application d'une série de ligatures en chaîne. La partie terminale de l'épiploon adhérente à l'intestin est liée, très près de l'intestin, en une série de ligatures isolées pour éviter la coudure de l'intestin qu'entraînerait la ligature en chaîne sur une aussi longue étendue.

L'appendice est trouvé sous le cæcum en position verticale ascendante interne. Il est réséqué suivant la méthode ordinaire après ligature en chaîne du méso-appendice.

Sutures de la paroi en trois plans : drain en face du moignon appendiculaire.

Ablation des sutures le 13, avec réunion ; mais conservation du drain, le trajet du drainage laissant encore tomber un peu de liquide louche.

Le 20 mai, 24 jours après l'opération, la malade fut prise brusquement de fièvre, 39°, avec accélération du pouls (115) et vomissements. Je désunis la plaie pour m'assurer s'il n'y avait pas d'infection profonde du foyer péritonéal au voisinage du moignon appendiculaire. Je ne trouvai rien ; la réunion profonde était parfaite et on ne sentait aucun foyer péritonéal ; je ne pus attribuer cette élévation de température qu'à une intoxication d'origine alimentaire, la malade ayant ce jour-là pour la première fois mangé du poisson.

La plaie se cicatrisa régulièrement.

J'ai revu la malade ce mois-ci ; elle se plaint toujours de la lenteur et de la difficulté des digestions, la constipation existe toujours presque au même degré ; mais les douleurs lombaires si pénibles ont disparu.

L'exploration de la fosse iliaque est absolument négative. La malade peut marcher et aller en voiture sans douleur.

L'appendice est régulier et mesure 7 centimètres de long. Son épaisseur est de 6 millimètres sur 4.

Les lésions histologiques qu'on constate au microscope sont celles de folliculite chronique hypertrophique. Elles sont tout à fait caractéristiques, mais ne présentent rien de particulièrement intéressant. On trouve bien quelques lymphatiques remplis de globules blancs dans la sous-muqueuse et la sous-séreuse, mais ces derniers sont très rares.

OBS. 12 (personnelle). — *Appendicite latente*. — *Poussées d'épiploïte*. — *Tumeur*.

C..., 43 ans, entre le 16 août 1898, service de M. le professeur Tiliaux, salle Gosselin, lit n° 21. Rien à noter de particulier dans ses antécédents héréditaires.

A 16 ans, au moment de la puberté, elle eut une fièvre typhoïde, qui dura 3 mois.

Depuis plusieurs années, sans pouvoir préciser de date, la malade souffre de l'estomac, elle se plaint de crampes d'estomac et d'indigestions fréquentes : celles-ci sont caractérisées par des vomissements, des coliques avec diarrhée, s'accompagnant de douleurs au niveau de la fosse iliaque droite.

Ces symptômes durent quelques jours, puis la malade se rétablit. Depuis un an, la malade remarque que ces troubles surviennent dans les jours qui précèdent l'apparition des règles. Dans l'intervalle, elle souffre de douleurs sourdes dans le ventre, et particulièrement du côté droit, dès qu'elle fait un travail un peu pénible.

Il y a 15 jours, le 1^{er} août de cette année, la malade fut prise, deux heures après le déjeuner, d'une douleur vive dans la fosse iliaque droite, qui alla en s'exaspérant pendant quelques heures, puis se calma par le repos. Des vomissements alimentaires, puis bilieux survenaient en même temps.

Le lendemain, la malade entra à l'hôpital.

16 août. — La malade accuse une douleur assez vive en un point correspondant à peu près au point de Mac Burney : le ventre est légèrement météorisé. La constipation absolue. T. 38°4. Pouls 90.

17. — Après l'application de glace sur le ventre, et l'ingestion d'une pilule d'extrait thébaïque de 0 gr. 05, la malade a été très soulagée. T. 38°. Pouls 90.

Bon état général, à la palpation de la fosse iliaque droite, on sent un empatement mal délimité.

18. — Même état. La température oscille entre 38° et 38°5.

20. — On sent très nettement dans la fosse iliaque droite une sorte de boudin allongé, douloureux à la pression. T. 38°. Pouls 96. Bon état général. La malade n'a plus eu de vomissements et ne souffre plus spontanément.

21. — La température est montée à 39° hier soir. Pouls 110. La malade se plaint de douleurs assez vives dans tout le ventre. La tumeur est des plus nettes, semi-fluctuante, de la grosseur d'un citron, un peu plus allongée. Elle semble se prolonger vers l'anneau inguinal par une sorte de cordon dur, très douloureux.

22. — La température a oscillé entre 39° et 38°7, le pouls à 100. La malade souffre toujours malgré la glace et l'opium. Même état local. M. Bouglé décide alors l'intervention pour le lendemain.

Opération le 25 août. — Chloroformisation. On fait une incision curviligne correspondant à la tuméfaction de la fosse iliaque. Après ouverture du péritoine pariétal, on aperçoit immédiatement dans la plaie une masse rougeâtre et grenue qui n'est autre que de l'épiploon enflammé. On l'attire au dehors et on constate qu'une partie de cet épiploon adhère assez solidement à la face antérieure du cæcum, sur une étendue de deux travers de doigt environ. On le résèque en faisant 2 pédicules. En outre, un magma de fausses membranes et de franges épiploïques descend vers l'anneau inguinal, ce qui explique le cordon dur senti au palper. Après ligature et résection, on recherche mais en vain l'appendice. En décollant des adhérences, le doigt fait sourdre une cuillerée de pus infect. On éponge, en protégeant avec soin avec des compresses montées la grande cavité péritonéale. Il est impossible de découvrir l'appendice. On draine avec un Mickulicz (gaze et drain) et on suture la paroi.

24. — T. 37°8. Pouls 90. Pansement.

26. — On enlève le drainage et on raccourcit le drain.

29. — On enlève le drain. T. 37°5.

La malade sort guérie le 15 septembre.

OBS. 13. — *Appendicite à répétition.* — *Résection de l'appendice*
(Th. PHOCAS, 1896).

Le 12 novembre 1895, le jeune X..., âgé de 15 ans, fut pris en rentrant de classe de nausées accompagnées de maux de tête. Le matin, il eut de violentes douleurs dans le ventre, des vomissements rejetés, la fièvre devint très vive. Un médecin, consulté, émit l'hypothèse d'une péritonite suite d'appendicite. Le ventre était très ballonné, la température variait de 39 à 40 degrés. Peu à peu, l'état général s'améliore. Le traitement fut : application de sangsues, de glace, de vésicatoire au niveau de la fosse iliaque droite.

Mais cette guérison fut plutôt une rémission qu'une guérison complète. Régime lacté, interdiction de tout exercice violent.

En avril suivant, les accidents reparaissent. Douleurs et vomissements, fièvre légère.

Le malade se remet, il grandit, la mine est bonne. Durant l'été, après une course à bicyclette, souffrances très vives, toujours au niveau de la fosse iliaque droite. Ces douleurs ne sont pas continuelles, mais apparaissent à la moindre fatigue.

Tout l'hiver, *maux d'estomac traités par des calmants*, etc. La langue est blanche, chargée. Des crises successives se produisent. L'état général est mauvais. L'enfant grandit, mais maigrit, a des vertiges et s'affaiblit au point que le médecin semble craindre les lésions de tuberculose pulmonaire. En juillet 1897, saison d'eaux minérales ; l'appétit renaît, l'état général s'améliore. Enfin, en octobre 1897, les symptômes reparaissent, les douleurs abdominales s'accroissent, le malade

est adressé à M. le professeur Tillaux qui diagnostique une appendicite à répétition. Opération.

Incision classique.

Le péritoine ouvert, M. Tillaux va à la recherche de l'appendice. On trouve un peu au-dessous de l'union de l'ilion et du cæcum, une petite tumeur arrondie du volume d'une petite prune accolée au cæcum, là où doit se trouver l'appendice. Tout autour, quelques adhérences légères du grand épiploon. Dans le mésentère se trouvent trois ou quatre ganglions du volume de la tumeur, ce qui fait que l'on hésite un instant pour savoir si celle-ci est bien l'appendice. Par la pression, on reconnaît qu'elle contient un corps dur sur lequel on peut faire glisser les tuniques appendiculaires. Sans être ouvert, le petit appendice, ainsi rétracté sur le calcul qu'il contient, est détaché de ses adhérences à l'iléon et enlevé au ras du cæcum. Le pédicule formé est lié à la soie, la surface de section est curettée et cautérisée à l'acide phénique fort.

Suture à plans superposés.

Dans cet appendice, on trouve un calcul du volume d'un œuf de pigeon. La couleur est brunâtre. Il est dur, d'une consistance uniforme. A la coupe, il paraît constitué de couches stratifiées. L'examen fait par M. Pilhet montre qu'il est formé de carbonate de chaux englobant du mucus. Dans ces calculs, on ne trouve jamais aucune autre trace et produits stercoraux. A leur niveau, la paroi de l'appendice présente toujours une atrophie des follicules et une prolifération des glandes de Lieberkuhn, de sorte que les calculs paraissent dus à une hypersécrétion muqueuse, comme cela se voit dans les glandes.

Ainsi donc dans ces trois cas il s'agit de malades présentant une série de troubles gastro-intestinaux sans aucun phénomène aigu. Dans ces observations, rien n'eût pu permettre le diagnostic d'appendicite, en dehors des signes physiques constatés au niveau de la fosse iliaque.

L'exploration de la région fit reconnaître la présence d'une masse indurée, à peine douloureuse, plus ou moins nettement limitée grâce à laquelle on put rattacher l'ensemble des troubles observés à une pérityphlite chronique. Malheureusement ces signes physiques peuvent être très peu marqués. Ils demandent généralement à être recherchés avec une certaine insistance; aussi devant ces troubles vagues présentés par certains malades, est-il nécessaire de feuilleter avec soin leurs antécédents, afin d'y retrouver peut-être une cime appendiculaire qui a pu être frustée ou légère.

OBS. 14 (inédite). — *Appendicite récente. — Épiploïte récente, formant une tumeur. — Rôle protecteur* (due à l'obligeance de M. le Dr ARROU, chirurgien des hôpitaux).

Félix R... Homme 52 ans, sans profession. Rien à noter dans ses antécédents.

Au commencement de novembre 1897, il éprouve brusquement une vive douleur dans la fosse iliaque droite, avec vomissements abondants et constipation opiniâtre.

Les douleurs sont un peu colorées par des cataplasmes le 3^e jour. Amélioration rapide. Vers le 15 novembre, le malade se lève et reprend ses occupations habituelles.

Mais il n'est pas bien portant : constamment il éprouve des douleurs sourdes dans la fosse iliaque droite qui est sensible à la pression. Ses digestions sont pénibles, tantôt il est constipé, tantôt il va plusieurs fois par jour à la garde-robe.

20 décembre 1897. — Fatigué de cet état, il vient consulter. M. Arrou le trouve pâle, amaigri, très préoccupé de son état, et demandant une intervention.

Ni fièvre, ni pouls spécial. A droite, un peu au-dessus et en dedans de l'épine iliaque droite, on sent une *tumeur* du volume d'un poing d'adulte. Elle est un peu douloureuse à la pression, mais le caractère dominant est son *excessive dureté*. C'est un bloc ligneux, à peu près arrondi, ne se laissant déprimer en aucun point, et douloureux spontanément et à la pression.

Opération le 28 décembre 1897. — Chloroformisation. Incision curviligne. On tombe sur un bloc où tout d'abord l'on ne reconnaît rien : le péritoine pariétal est épais de plusieurs millimètres et adhérent au paquet sous-jacent. Celui-ci est formé du cæcum et des anses voisines d'intestin grêle, unies et agglomérées en un magma solide, par de l'épiploon. Cet épiploon est très gênant pour les recherches : il adhère à toute la surface du paquet intestinal aggloméré, au devant duquel il s'étale en descendant jusque dans la fosse iliaque.

Alors, dit M. Arrou, 2 manœuvres se succèdent :

a) Recherche avec l'index en arrière comme pour contourner la face externe, puis postérieure du cæcum. Tout à coup le doigt pénètre dans une poche de pus, absolument infect : la paroi de la poche constituée par des adhérences épiploïques ne s'affaisse qu'incomplètement.

b) Libération de l'épiploon. C'est le temps le plus dur. Cet épiploon ressemble à de la couenne et il faut remonter assez haut pour tomber sur de l'épiploon sain. Ligature en une dizaine de pédicules isolés, puis résection. Impossible de trouver au milieu de ces adhérences l'appendice. On draine avec 4 mèches de gaze iodoformée juxtaposées. Suites normales.

Vers le 10^e jour, on remplace les mèches par un drain. Bon état. Pas de fièvre.

La durée de la cicatrisation a été d'environ 4 mois.

Le malade revu au commencement de cette année est complètement guéri.

Il n'a pas été fait d'examen microscopique, mais il s'agissait bien d'un abcès chaud, d'origine appendiculaire et limité grâce à de solides adhérences de l'épiploon, constituant la tumeur sentie avant l'opération.

OBS. 15. — *Annexite double et appendicite. — Symptômes gastro-intestinaux* (Thèse BARNSBY).

B... Augustine, âgée de 33 ans, réglée à 12 ans, très régulièrement, n'a jamais souffert du ventre jusqu'à l'âge de 26 ans. A ce moment et à la suite d'un accouchement gémellaire, la malade ressent quelques douleurs abdominales qui ne durent pas. Les règles deviennent légèrement douloureuses, dans l'intervalle, on note quelques pertes blanches. A 29 et à 30 ans deux fausses couches.

Mais la malade souffre surtout depuis le mois de novembre 1893: A ce moment, apparaissent des douleurs abdominales généralisées violentes et des métrorrhagies qui se prolongent jusqu'au 5 janvier. Depuis cette époque, le repos et les injections chaudes ont un peu calmé les douleurs et arrêté les pertes de sang.

Réapparition des douleurs dans la région iliaque droite avec recrudescence au moment des règles. Peu à peu les crises douloureuses apparaissent, même dans l'intervalle des règles.

L'état général devient mauvais, la malade est très anémiée et très amaigrie.

L'appétit est médiocre, les digestions pénibles, elle souffre fréquemment de violentes coliques, elle est constipée mais la constipation remonte d'après elle à son accouchement gémellaire. Cette constipation est souvent entrecoupée de diarrhée. Chaque soir la malade a un peu de fièvre (T. 38°).

Examen. — La palpitation du bas-ventre révèle des douleurs des deux côtés, surtout intenses à droite.

Le toucher vaginal montre un utérus assez gros, en antéversion, peu mobile.

Le cul-de-sac gauche est libre, on trouve les annexes de ce côté, prolabées en arrière de l'utérus; l'ovaire est volumineux et très douloureux.

Le cul-de-sac droit est occupé en partie par une tumeur prolongée en arrière et accolée à la face postérieure de l'utérus dont elle est séparée par un étroit sillon. Cette tumeur dure se prolonge dans la fosse iliaque droite.

Diagnostic. — On pense qu'il s'agit là des produits inflammatoires entre les annexes et l'appendice iléo-cæcal et on conclut à une double lésion des annexes surtout à droite avec appendicite.

Laparatomie (4 mars 1893, hôp. Broca). — La malade est placée dans la position déclive extemporanée de Trendelenburg. On tombe sur des adhérences intestinales et épiploïques. On détache avec soin ces adhérences, qui permettent d'arriver sur les annexes droites très volumineuses et fixées à un exsudat au milieu duquel est l'appendice. Les annexes droites haut situées sont difficilement décortiquées, puis pédiculisées et enlevées.

A gauche, on trouve un très gros ovaire ; on en résèque une partie, on ignipuncture le reste et on laisse la trompe qui, quoique épaissie, est perméable.

L'appendice iléo-cæcal, normalement placé, est isolé de la gangue d'adhérences qui l'entoure. Il est dur à la palpation, comme sclérosé.

On le résèque à la base et on invagine le moignon dans son repli cæcal.

On ferme le ventre sans drainage. Guérison.

Examen des pièces. — a) Annexes droites : la trompe est oblitérée, ses parois sont épaisses et très dilatées vers l'extrémité. Elle contient une certaine quantité de pus rougeâtre.

L'ovaire contient de petits abcès remplis de pus (le volume du tout, trompe et ovaire, est égal au volume d'un œuf).

b) Appendice lardacé à la coupe. Sa lumière est très rétrécie et égale à peine un millimètre. La sclérose est visible à l'œil nu. La cavité contient une quantité infime de sérosité, tant la place est restreinte.

Obs. 16. — *Douleurs et troubles gastro-intestinaux causés par des adhérences épiploïques* (in thèse BARNSBY).

Anna P..., 29 ans, règles régulières de 15 à 24 ans. A 24 ans, deux mois après son mariage, douleurs abdomino-pelviennes, règles douloureuses durant 8 jours au lieu de 3 ou 4. Leucorrhée abondante. A 27 ans, attaque de pelvi-péritonite qui oblige la malade à s'aliter un mois, avec ventre douloureux, ballonné, vomissements. Il reste à la malade, en plus des douleurs pelviennes, une douleur haute dans la fosse iliaque droite, douleur constante avec constipation tenace et des coliques intestinales fréquentes avec gros borborygmes. Ces crises ont lieu dans l'intervalle des règles et alternent avec des coliques salpingiennes.

3 mai 1894. — Mauvais état général, amaigrissement, pâleur, anorexie, digestions pénibles.

A l'examen. — Utérus en rétroversion adhérente. Annexes gauches formant une masse dure, noduleuse, adhérente au bord gauche de l'utérus. Annexes droites, plus haut placées, très sensibles, avec empatement se prolongeant jusqu'au cæcum distendu.

Diagnostic. — Annexite double et appendicite.

Laparotomie. — Annexes gauches faciles à décoller, annexite noduleuse adhésive (ablation). Du côté droit, la trompe forme un kyste purulent du volume d'un œuf de poule. A la partie externe de ce pyosalpinx adhère l'appendice englobé dans des adhérences épaisses qui se prolongent jusqu'à son origine sur le cæcum. Résection de l'appendice à sa base. Décortication du paquet annexiel, on pédiculise sur la corne utérine et on sectionne. Suture au catgut des lèvres de la brèche péritonéale. Suture de la paroi sans drainage. Guérison complète (malade revue).

Examen de l'appendice. — Sa moitié inférieure très adhérente est dure et oblitérée. Sa moitié supérieure est distendue par de la sérosité.

OBS. 17. — *Douleurs et troubles gastro-intestinaux causés par de l'épiploïte* (in thèse BARNSBY).

Femme de 23 ans, vue par Delagenière (du Mans). Elle eut une fausse couche il y a trois ans, et un enfant il y a 19 mois. Depuis ses couches, le ventre est resté douloureux au moment des règles, et aussi entre les règles ; la marche était très pénible. A deux ou trois reprises, la malade ressentit des douleurs vives dans le côté droit du ventre ; elle confondait ces douleurs avec les douleurs du bas-ventre ; la constipation était habituelle. Le 12 juin, elle est prise subitement d'une douleur atroce dans le côté droit avec ballonnement et vomissements. Le 17 juin, on constate chez la malade la présence de salpingite avec adhérences pelviennes et foyer collecté à droite.

Diagnostic. — Appendicite et annexite double. *Opération* (6 juillet).

Laparotomie. — Après incision sous-ombilicale de 8 centimètres environ, on tombe sur l'épiploon qui adhère à la paroi et au péritoine de la fosse iliaque droite. L'utérus et les annexes sont recouverts par des anses intestinales agglutinées. Ces anses sont décollées de leurs adhérences puis refoulées vers le diaphragme. Les annexes gauches sont isolées et excisées (pyo-salpinx). L'utérus est isolé en arrière. Les annexes droites sont recherchées dans un magma d'adhérences où se porte l'épiploon. L'épiploon est sectionné et lié. Les annexes droites, qui sont supprimées, sont réséquées.

Revenant ensuite vers la partie inférieure de la fosse iliaque droite, on isole avec grand soin une anse d'intestin grêle comprise dans les adhérences. Au-dessous de cette anse, existe un foyer suppuré au centre duquel on reconnaît l'appendice. Cet appendice est perforé à son extrémité. On le résèque sur deux rangs de sutures.

Le bassin est nettoyé, le cul-de-sac de Douglas drainé, la paroi fermée. Guérison sans incident.

Parmi les symptômes attribuables aux adhérences épiploïques nous devons mettre en première ligne les *accidents douloureux*.

En général ce sont des douleurs sourdes, irradiées de la fosse iliaque à l'ombilic. La marche, l'effort, le poids d'un objet trop lourd ou d'un fardeau peuvent venir les augmenter et leur donner un caractère aigu.

Ces douleurs analogues à celles qu'on observe dans le rein mobile reconnaissent une origine mécanique. La traction exercée sur l'épiploon fixé à sa partie inférieure suffit à les provoquer. On sait que la sensibilité de l'épiploon est très réelle et même assez vive. Il suffit d'avoir vu opérer une hernie ; il n'est pas rare, même sous l'anesthésie, d'observer un ressaut du malade au moment où le chirurgien résèque l'épiploon.

Indépendamment de ces douleurs, d'origine en quelque sorte mécanique, il est possible d'observer des troubles douloureux réflexes, dans une zone éloignée. Que sur un terrain prédisposé par les tares nerveuses héréditaires, on puisse voir cette douleur revêtir une intensité particulière, c'est ce que nous montre l'histoire du rein mobile.

Les douleurs persistantes de l'abdomen peuvent contribuer au développement de névroses, par un mécanisme qui rentre dans ce qu'on a décrit sous le nom d'hystéro-neurasthénie par traumatisme interne.

A côté de la douleur, les troubles fonctionnels de l'estomac et de l'intestin.

Du côté de l'estomac, les troubles observés sont variables comme intensité. Ils appartiennent au groupe clinique étudié, depuis Glénard, sous le nom d'entéroptose.

Les tractions exercées par l'épiploon sur l'estomac peuvent justifier suffisamment l'existence des désordres observés. Les vomissements, l'inappétence, les renvois acides ou aigreurs sont autant de signes sous la dépendance de la dilatation d'estomac. Cette dilatation s'explique doublement par le fait de l'existence presque habituelle de la constipation et, d'autre part, par la rétraction des adhérences épiploïques, tirillant la grande courbure de l'estomac.

La preuve de ce mécanisme nous est donnée par une observation récente de M. Delbet.

Cet auteur (1) étudiant les troubles gastro-intestinaux consécutifs aux inflammations des organes génitaux chez la femme, propose, d'après l'observation d'un cas, guéri par l'intervention opératoire, une explication nouvelle de ces troubles.

Aux dyspepsies réflexes déjà admises, il faudrait ajouter les *dyspepsies mécaniques* dues précisément aux adhérences contractées par l'épiploon avec les organes pelviens.

Cette explication séduisante, démontrée par le succès opératoire obtenu chez cette-malade, peut s'appliquer entièrement aux cas que nous envisageons.

Dans le cas de M. Paul Delbet, il s'agissait d'une jeune femme de 23 ans, qui, bien portante jusque-là, éprouva, un mois après son second accouchement il y a cinq mois, des douleurs profondes, contusives, continues à la partie inférieure gauche du ventre, douleurs s'exaspérant sous l'influence de la marche et de la station debout; en même temps pertes blanches. Peu après, troubles digestifs, flatulence, digestions longues, pénibles; puis les troubles gastriques augmentent, la douleur oblige la malade à réduire son alimentation au lait et aux œufs; enfin, elle en arrive à vomir tout ce qu'elle prend, deux heures après le repas; elle a des douleurs épigastriques, est devenue faible, pâle et amaigrie. Il n'y a pas de fièvre. En vain a-t-on jusque-là combattu la maladie, en traitant la leucorrhée, durant cinq mois.

L'examen local permet de constater une déviation de l'utérus dont le corps vient remplir le cul-de-sac à droite et, dans le cul-de-sac gauche, une tumeur du volume de deux poings qui remplit la moitié gauche de l'excavation. Cette tumeur est arrondie, incomplètement tendue et se laisse soulever légèrement par le doigt vaginal, qui note un sillon de séparation entre la tumeur et l'utérus. On note « paroi abdominale résistante.., pas de ptose viscérale ». L'auteur conclut, malgré l'absence de fièvre et la consistance un peu molle de la tumeur, à une salpingite suppurée gauche, consécutive à une endométrite puerpérale, et, un mois après, en raison de l'insuffisance du traitement local et du repos, pratique la laparotomie par incision hypogastrique médiane.

« Le péritoine pariétal, continue M. Delbet, est découvert et incisé : je tombe alors sur une surface lisse, blanc rosé, occupant tout le champ opératoire jusqu'au pubis, je fus un moment assez incertaine sur la nature de l'organe qui se présentait ainsi. L'examen manuel me permit de constater qu'il s'agissait de l'estomac dilaté, dont la grande courbure venait affleurer le pubis. Du bord inférieur de l'estomac part une série de brides, tendues, adhérentes à la paroi antérieure de l'ex-

(1) Troubles gastro-intestinaux dans les inflammations des organes génitaux de la femme. *Arch. de médecine*, février 1898.

cavation pelvienne ; ces adhérences cèdent assez facilement. La main, engagée dans le petit bassin, tombe alors sur une masse pâteuse, molle, adhérente, que j'énuclée avec une certaine peine et qui, une fois amenée dans la plaie, se montre être l'épiploon ramassé dans le petit bassin. Cette masse, enlevée, on ne sent dans le petit bassin qu'un ovaire légèrement augmenté de volume, avec un petit abcès dans sa paroi antérieure et une trompe simplement congestionnée et épaissie. J'extirpe l'ovaire et la trompe après énucléation et pédiculisation, je ferme le ventre. La guérison survient sans incident, sauf un peu de suppuration et de désunion de l'angle inférieur de la plaie cutanée.

Pour M. Paul Delbet, il n'est pas douteux que les troubles gastriques et l'affection interne soient en relation directe, et M. Delbet les rattache à la traction du grand épiploon sur la grande courbure de l'estomac.

« La traction sur le grand épiploon, dit M. Delbet, ne produit pas à proprement parler, la gastrectasie, mais la gastropiose ; on peut le vérifier sur le cadavre. Cette gastropiose suffit pour amener secondairement la dilatation vraie. En examinant sur des cadavres, j'ai pu constater que la traction de l'épiploon était transmise par la grande courbure au pylore. Dans ces conditions, il se produit quelquefois au niveau du pylore un pli qui vient diminuer son calibre. Dans la majorité des cas, ce n'est pas là que se fait le principal obstacle à l'évacuation de l'estomac. Lorsqu'on tire sur le grand épiploon, on voit la première portion mobile du duodénum descendre avec l'estomac. La deuxième portion reste au contraire fixe et, entre les deux portions, fixe et mobile, du duodénum, il se produit une coudure accentuée. Cette coudure diminue la lumière du segment duodénal correspondant et crée un obstacle à la libre évacuation du contenu de l'estomac. Les aliments stagnent, d'où les vomissements, la lenteur des digestions, les pesanteurs et les douleurs, d'autant plus intenses, qu'à la stagnation ne tarde pas à s'ajouter la fermentation avec toutes ses conséquences. Ainsi s'établit la dilatation, d'abord passagère, puis permanente, sur un organisme affaibli. Une dilatation due ainsi à un obstacle permanent, ne peut être guérie que par un chirurgien et ce fait doit engager le chirurgien à considérer ces troubles comme une nouvelle indication opératoire. »

Cette explication mécanique des troubles gastro-intestinaux d'origine utérine est fort intéressante. Mais nous ne devons pas oublier que le rôle des adhérences épiploïques au pubis a déjà été signalé en 1885 par M. Glénard. Le savant clinicien de Lyon, étudiant les rapports de la dyspepsie mésogastrique (gastropiose) et

de l'entéroptose, mentionne l'influence des adhérences du grand épiploon à la face postérieure des pubis, comme susceptible de favoriser l'entéroptose et d'en faciliter les conséquences. Il aurait observé trois cas semblables.

Pour édifier sa théorie, il étudia les moyens de fixité du tube digestif et il vit que le « tube digestif, relevé de distance en distance à la manière d'un baldaquin et dont les angles ainsi formés sont fixés à la paroi postérieure de l'abdomen est réparti en 6 baldaquins ou anses digestives (anses : gastrique duodénale, iléo-colique droite, transverse droite, transverse gauche, colo-sygmöïdale), se coude en 6 angles, au niveau desquels l'anneau intestinal forme en quelque sorte l'orifice de communication entre 2 anses contiguës (orifices : cardiaque, gastro-duodénal, duodéno-jéjunal, colique sous costal droit, colique sous pylorique, colique sous costal gauche-sygmöïdo-rectal).

« En étudiant les anses digestives, les angles de soutènement, les orifices digestifs et en particulier les menaces d'occlusion de ces orifices sous l'influence de modes pathologiques de suspension on observe que :

« L'orifice gastroduodénal, formé par l'angle de soutènement, intermédiaire à la branche montante de l'anse gastrique et la branche descendante de l'anse duodénale (horizontale supérieure des auteurs) *ne correspond pas au pylore qui se trouve placé un peu avant lui sur la branche montante de l'anse gastrique.*

« L'orifice gastroduodénal (situé au delà du pylore) peut être obli-téré si l'on tire en même temps sur les deux anses qu'il fait communiquer (gastrique, duodénale) ; il peut en outre « être serré entre l'aorte et la mésentérique supérieure », car « le faisceau fibreux qui descend avec la mésentérique supérieure au devant du duodénum est le vrai ligament suspenseur de l'intestin grêle.

« L'orifice duodéno-jéjunal, qui fait communiquer le deux segments physiologiques du tube digestif, est l'orifice dont le siège est le plus fixe, dont la perméabilité est le plus exposée.

« Il n'y a pas de ligament suspenseur du coude droit du côlon. Dans les autopsies le coude droit du côlon est rarement à sa place ; l'orifice colique sous-costal droit est donc fort peu exposé dans sa perméabilité, puisque le coude cède aux tractions. Le coude gauche du côlon est toujours à sa place dans toutes les autopsies, son orifice est donc com-promis.

« Le côlon est relié à l'estomac d'une façon invariable, c'est-à-dire,

lui est suspendu au niveau des 4 premiers centimètres de la grande courbure à partir du pylore (ligament pylorique).

« Le duodénum doit être comparé à un flacon portant deux tubulures à son extrémité supérieure : la tubulure gastroduodénale, réglée par le côlon transverse, la tubulure duodéno-jéjunale, réglée par l'intestin grêle.

Le duodénum, est « un ventricule dont les orifices d'entrée et de sortie peuvent être fermés : l'orifice d'entrée par la valvule pylorique et par l'oblitération angulaire qui résulte de l'abaissement de l'estomac ; soit spontané, soit provoqué par la traction du côlon transverse ; l'orifice de sortie, par le ligament mésentérique supérieur et l'oblitération angulaire à laquelle l'expose la fixation au squelette de l'orifice duodéno-jéjunal. »

Passant ensuite aux conditions anatomiques qui, en détruisant cet équilibre, favorisent l'entéroptose, M. Glénard mentionne, nous l'avons dit, le rôle des *adhérences épiploïques* et de tout cela il conclue que l'entéroptose doit être considérée non comme dyspepsie nerveuse mais comme dyspepsie *suis generis*, tantôt primitive (traumatique), tantôt secondaire (phase d'hépatisme) ou enfin consécutive à un processus d'inflammation du péritoine, réalisant par adhérences vicieuses des conditions de ptose analogues à celles créées par tout autre mécanisme.

« ... La clinique montre, que le syndrome de l'entéroptose peut survenir d'emblée, en débutant par des symptômes asthénomésogastriques, à la suite d'un accouchement (Entéroptose puerpérale brusque ou graduelle), ou d'un traumatisme (E. traumatique) ; ou bien qu'elle peut succéder à une vieille dyspepsie (E. post-dyspeptique), ou à une *inflammation locale* (*Entéroptose post-inflammatoire*), comme après la fièvre typhoïde ou la pérityphlite, ou à une atonie intestinale (E. coprostasique), ou enfin à une affection ayant causé un amaigrissement plus ou moins rapide (E. marastique), comme la « neurasthénie des convalescents » par exemple, cette variété d'entéroptose pouvant être transitoire ou définitive. »

« Sur 200 cas d'entéroptose, il y en eut 123 puerpérales, 19 traumatiques, 54 post-dyspeptiques, 4 post-inflammatoires. »

Enfin, M. Glénard va plus loin et signale ce qui fait le sujet propre de ce chapitre, la possibilité d'une *origine appendiculaire* aux lésions *inflammatoires* qui déterminent la ptose des viscères :

« ... Il est des cas parfaitement caractérisés d'entéroptose (signes subjectifs et objectifs)... où l'on remarque qu'il y a dans les antécédents de ces sujets, soit une dyspepsie d'ancienne date, soit une affection aiguë (fièvre typhoïde, *pérityphlite*, *péritonite locale*, etc...).

Et plus loin : « ... On conçoit encore que l'entéroptose puisse coïncider, soit par le fait de son étiologie, soit par l'addition de processus concomitants, avec des lésions impossibles à guérir médicalement ».

A côté des troubles gastriques, que nous venons de citer, nous devons faire une place aux désordres *fonctionnels de l'intestin*. Il est fréquent, à la suite d'appendicite chronique, d'observer, parmi ce qu'on a appelé *post-appendicites* (1), les signes d'une entéro-colite muqueuse.

Ce qui est plus fréquent encore c'est la *constipation*. Cette constipation reconnaît une origine mécanique ou, peut-être même, réflexe : il s'agit très vraisemblablement d'une atonie ou même d'une véritable parésie intestinale.

2^e groupe. — Adhérences épiploïques anciennes. — Crise récente d'appendicite aiguë.

Au cours d'une nouvelle crise aiguë d'appendicite, quel est le rôle des adhérences épiploïques anciennes antérieures à la crise actuelle ? tel est le point que nous devons examiner.

Il ne semble pas *à priori* que l'ensemble des troubles fonctionnels qu'on a coutume d'observer, lors d'une crise aiguë, soit modifié d'une façon très appréciable par la présence des adhérences épiploïques. Cependant, il est parfois possible de présumer leur existence, par certains caractères de la douleur. Le malade de l'observation III de M. Walther avait un maximum douloureux très net sur le cæcum : la pression en ce point, outre la douleur locale,

(1) MONOD et VANVERTS.
LEVREY

provoquait une sensation de tiraillement pénible à la région ombilicale.

Les caractères de la douleur dans l'appendicite ont une valeur assez considérable. Dire que, dans l'appendicite, le maximum de la douleur est au niveau de Mac Burney, cela est vraiment trop simple. En réalité, la douleur varie, suivant le siège et la direction de l'appendice, suivant aussi la disposition des adhérences. Un malade de M. Walther opéré à Bicêtre présentait du ténésme rectal très net et des douleurs dans le petit bassin : l'opération montra que l'appendice adhérait au rectum par sa pointe. Un autre malade avait des douleurs dans le côté droit se propageant sous le foie et vers l'épaule. Lors de la première attaque, on crut à une colique hépatique : on vit, en opérant, que l'appendice était situé en arrière du cæcum à direction ascendante.

La douleur, ayant tendance à se propager du côté de l'ombilic, nous permettra donc de conclure au siège *antérieur, latéral interne ou ascendant* de l'appendice. Et si, en même temps, on trouve, à la palpation de la fosse iliaque, une masse plus ou moins volumineuse, un cordon dur et résistant ou bien le boudin classique de l'ancienne pérityphlite, on pourra admettre la présence d'adhérences épiploïques.

En effet, dans les cas que nous étudions, c'est principalement à l'inspection et à la palpation du ventre qu'on trouvera des signes permettant le diagnostic d'adhérences épiploïques. Ces cas correspondent aux cas d'appendicite classique, avec tuméfaction, diffuse ou limitée, dans la fosse iliaque droite.

Mais, si les adhérences épiploïques anciennes antérieures à la crise actuelle n'ajoutent pas grand'chose à l'ensemble du tableau clinique, elles ont un rôle important sur lequel nous ne craignons pas d'insister.

Par leur présence, ainsi que nous l'avons déjà vu, elles sont un obstacle à la diffusion de l'infection. Elles jouent un rôle véritablement protecteur, car il n'est pas rare de trouver en arrière de ces adhérences un appendice perforé, baignant au milieu d'une collection purulente enkystée. Ce rôle est très net dans plusieurs observations que nous rapportons.

OBS. 18. — *Appendicite et pyosalpingites bilatérales. — Résection de l'appendice et double salpingo-oophorectomie. — Guérison* (H. DELAGENIÈRE, *Archives médicales d'Angers*, 20 mars 1897).

Je suis appelé le 15 juin 1896, auprès de Mme P. Félicie. Age 23 ans. Réglée à 11 ans ; la menstruation a toujours été régulière ; fausse couche il y a trois ans. Depuis ses couches, elle a toujours souffert du ventre au moment des règles. A deux ou trois reprises, elle a senti des douleurs dans le côté droit du ventre. Constipation habituelle. Le 12 juin, douleur violente dans le côté droit avec ballonnement et vomissements.

Laparotomie médiane le 6 juillet 1897, pour salpingite bilatérale.

Incision sous-ombilicale de 8 centimètres environ ; l'épiploon adhère à la paroi et au péritoine de la fosse iliaque droite, l'utérus et les annexes sont recouverts par des anses intestinales agglutinées ; ces anses sont décollées de leurs adhérences, puis refoulées vers le diaphragme ; les annexes du côté gauche sont isolées puis excisées sur un fil à boucle passée ; il est isolé en arrière avec difficulté, puis les annexes de droite sont recherchées dans un magma d'adhérences, formé non loin de l'angle droit de l'utérus ; c'est à cet endroit que semble se porter l'épiploon, le laissant adhérer en bas, et refoulant dans le ventre la portion ligaturée. J'isole puis résèque les annexes droites. Revenant alors au foyer situé dans la partie inférieure de la fosse iliaque, j'isole avec le plus grand soin une anse d'intestin grêle comprise dans les adhérences. Au-dessous de cette anse, existe un foyer suppuré, au centre duquel je reconnais l'appendice vermiforme. Cet appendice est perforé à son extrémité. Je le résèque sur deux rangs de suture, et termine l'opération par un nettoyage soigné du petit bassin. Mickulicz. Guérison. Disparition des douleurs.

OBS. 19. — *Appendicite à rechute. — Deuxième crise. — Appendicectomie à froid. — Guérison* (Th. GORDON).

Louis B..., 13 ans 1/2, entré le 21 mai 1896, sorti le 27 juin. Antécédents personnels : rougeole, pleurésie, fluxion de poitrine, rhumes fréquents. Garçon faible. Premier accès le 9 mai 1895. L'enfant fut pris brusquement de violentes douleurs abdominales, localisées dans la fosse iliaque droite ; fièvre, vomissements et constipation pendant 10 jours. Après s'être remis, il a continué à souffrir de temps à autre au même endroit. A suivi dès lors un traitement médical avec régime alimentaire sévère. En mars 1896 une seconde crise, moins violente, durant huit jours. Ne s'est jamais bien rétabli depuis. A l'entrée, on lui trouve un point douloureux dans la fosse iliaque droite où l'on sent un cordon allongé, qui est l'appendice. Le 26 mai, incision iliaque classique, et juste derrière la paroi abdominale, on arrive sur l'appendice perforé qui est enroulé sur lui-même à un tour, comme un cor de chasse. Il adhère solidement à une anse d'intestin grêle et à l'épiploon. Résection

et suture au point de Lambert. Suture de la paroi. Pansement. Exeat guéri le 27 juin.

Obs. 20. — *Appendicite (début de péritonite appendiculaire)*
(in Th. PHOCAS, déjà cité).

Paul A..., âgé de 8 ans, est entré à l'hôpital de la Pitié, salle Lisfranc, n° 1, le 28 février 1897, atteint d'une appendicite. Son père bien portant. La mère a eu de temps en temps des douleurs dans le ventre.

Antécédents personnels : en naissant, a eu une bronchite ; à deux ans, a eu la coqueluche ; à trois ans la rougeole.

Histoire de la maladie. — Vers le 1^{er} février, l'enfant a eu une douleur dans la fosse iliaque droite très vive qui s'exaspérait par la pression. La douleur était continue ; en même temps il avait de la fièvre à 38°6 et de la constipation. Un médecin appelé fit le diagnostic d'une péritonite ; il ordonna des cataplasmes et de l'opium ; malgré cela les douleurs continuèrent ainsi que les fièvres. Un chirurgien quelques jours après fit le diagnostic d'une appendicite et conseilla au père de l'amener à l'hôpital, et c'est alors qu'on l'amène à la Pitié dans le service de M. Berger. Au moment de l'entrée, le 28 février, l'enfant avait le facies péritonéal. M. Berger fit aussitôt une incision dans la fosse iliaque droite, au niveau du point de Mac Burney ; il ouvrit le péritoine d'où s'écoula une petite quantité de pus. Il lui fut impossible de suite de trouver l'appendice à cause des adhérences surtout d'une épiploïque. En examinant bien le cæcum, il voit que l'appendice s'était coupé à sa base, où M. Berger a fait une ligature après lavage de la séreuse, suture des parois et l'enfant est aujourd'hui 20 mars, très bien, par suite d'un retard de 24 heures dans l'opération, on trouve que les accidents locaux avaient cessé et que d'autre part la température était revenue normale.

Le 28 février, M. Cazin, chef de clinique de M. le professeur Duplay, a opéré le malade.

L'incision de Roux mène sur l'appendice situé à gauche du cæcum, très volumineux, très adhérent.

La cavité appendiculaire est obstruée par des graisses jaunâtres.

A la partie supérieure, on constate une cicatrice d'une perforation ancienne.

L'opération fut normale, et l'anesthésie sans incidents.

Le soir du même jour on constata une hémorrhagie, en nappe au niveau de la plaie pariétale, le malade présentant des phénomènes syncopaux.

Une compression fut d'abord faite ; mais l'hémorrhagie persistant, on fit sauter tous les fils et l'on ne trouva qu'un suintement en nappe. Un nouveau tamponnement à la gaze iodoformée amena la fin de l'hémorrhagie.

Le malade étant dans le collapsus, le pouls à peine perceptible,

M. Pouquet, interne du service, injecta vers minuit dans la veine médiane céphalique 2 litres de sérum artificiel.

Le lendemain 29, dans la matinée, l'hémorrhagie recommença et cessa après une nouvelle compression et une nouvelle injection de un litre de sérum.

Après ces injections le malade reprit sa physionomie normale, conservant seulement une légère pâleur des téguments et des lèvres.

Le poulx redevient normal et les battements du cœur à leur mouvement régulier.

Sorti guéri, le 11 avril 1896, il est depuis en parfait état de santé.

OBS. 21. — *Appendicite aiguë avec abcès péricæcal. — Laparotomie iliaque. — Guérison* (in thèse GORDON, 1896).

Carl. E..., 6 ans, entré salle Denonvilliers, le 26 avril 1896, sorti le 14 juin. Antécédents héréditaires : père bacillaire. L'enfant n'a pas fait de maladie sauf une bronchite l'année dernière. Le 9 avril, chute sur une chaise et à peu près vers cette époque, douleurs abdominales au dire de la mère. Les douleurs irradiées d'abord, se localisent finalement à la fosse iliaque droite et persistent jusqu'à l'entrée. A ce moment T. 39°2, poulx un peu rapide, mais plein et fort. L'abdomen légèrement ballonné, douleur à la pression partout avec prédominance à droite. Empatement et matité bien limitée immédiatement au-dessus de l'arcade crurale. Quelques petits vomissements. Incision comme pour la ligature de l'iliaque externe. Issue d'un flot de pus très fétide. Drainage. Examen du pus : coli-bacille et saprophytes. Le 14, plaie complètement cicatrisée. Exeat. Rentré de nouveau le 24 juin, l'abcès s'étant rouvert. Pansement humide ; mais il persiste une petite fistule. Le 22 juillet, résection de l'appendice à froid. Celui-ci adhérent à l'épiploon est volumineux, rouge, amputé au sommet. Il est perméable et contient un calcul. Suture en étages, pas de drain. Réunion par première intention. Exeat le 6 septembre avec belle cicatrice.

OBS. 22. — *Appendicite chronique à répétition* (PONCET, in thèse ANGHEL, 1897).

Louis..., âgé de 19 ans. Bien portant jusqu'à l'âge de 15 ans, tombe malade en 1890.

Soigné pour une pérityphlite.

En 1890, mars, deuxième séjour, à l'hôpital. Soigné pendant un mois pour les mêmes accidents.

En avril 1894, troisième accident analogue.

Entre ces crises d'appendicite le malade se portait bien, mais il lui arrivait fréquemment d'avoir des pesanteurs d'estomac, des régurgitations après ses repas.

Le 24 mai, laparotomie. On dégage l'appendice des tissus enflammés

indurés qui l'enserrent. Longueur 2 1/2 à 3 centimètres. Pas de traces de corps étrangers. Résection.

L'examen histologique montra la paroi musculaire saine, doublée d'une séreuse épaissie, à laquelle adhère un tissu fibro-graisseux épiploïque. A 3 ou 4 millimètres de son extrémité se voit une perforation de 3 ou 4 millimètres de diamètre, de forme ovale, à bords épais en bourrelets fongueux vascularisés se continuant en dedans avec la muqueuse dont le sphacèle est plus étendu et en dehors s'arrêtant sur la tranchée de l'orifice comme un ectropion de la muqueuse.

3^e groupe. — Nouvelles poussées d'épiploïte aiguë, au cours d'une appendicite chronique à évolution latente.

Les cas de cette catégorie sont fort importants à connaître, ils paraissent jusqu'ici peu connus.

Il s'agit, en général, de malades, ayant déjà eu une ou plusieurs crises d'appendicite aiguë, avérée. Soignée médicalement ou négligée, cette première atteinte a pu être légère ; mais le plus souvent la poussée inflammatoire a été assez vive pour déterminer, dans la région appendiculaire, une réaction péritonéale, d'intensité variable, au cours de laquelle se sont établies des adhérences avec l'épiploon. Au bout d'un temps plus ou moins long, les choses rentrent dans l'ordre, la guérison semble complète. De fait, cette guérison en ce qui concerne l'appendice, peut, en certain cas, rester définitive. Cependant, celui qui a eu une première attaque d'appendice aiguë, reste facilement exposé à de nouvelles crises. La raison en est dans la persistance de foyers infectieux latents, soit dans l'appendice, soit dans les lésions voisines effectuées lors de la première atteinte. Ces faits de « microbisme latent » ne sont pas rares et Roux a dit excellemment : « Celui dont l'appendice a servi une fois d'éponge pour l'infection y restera sujet comme l'amateur de maux de gorge, dont les amygdales ont été une première fois enflammées. Le professionnel de l'appendice garde dans son tissu adénoïde, peut-être à l'état latent de Verneuil, tous les éléments nécessaires pour contracter une nouvelle appendicite à l'occasion des moindres causes. »

Toutefois la poussée aiguë peut se renouveler, non pas dans l'appendice lui-même, mais dans les anciennes lésions circonvoisines,

au milieu de tous ces exsudats plastiques, qui sont restés là sous forme d'adhérences.

Les cas que nous envisageons rentrent dans cette catégorie. A la suite de l'appendicite aiguë, des adhérences épiploïques se sont établies. Ce sont elles qui, dans une nouvelle crise aiguë, s'enflamment et simulent une rechute d'appendicite. En un mot, l'épiploïte secondaire à l'appendicite a pris le premier plan.

Un exemple remarquable de ces faits est fourni par l'observation de M. Walther.

« La malade, atteinte depuis 4 ou 5 ans de colite pseudo-membraneuse, avait eu au mois de mai 1897 une crise violente d'appendicite terminée par l'évacuation d'un foyer dans l'intestin. Depuis cette époque, elle eut encore une crise d'appendicite aiguë, puis de petites crises douloureuses sans fièvre revenant environ tous les mois ; entre les crises persistait toujours une douleur sourde, une sensation de pesanteur dans la fosse iliaque.

« L'exploration de la fosse iliaque révélait la présence d'une masse douloureuse à la pression, un peu mobile dans le sens transversal et qui correspondait à un paquet d'épiploon adhérent au cæcum.

« L'opération montra que l'épiploon était très enflammé et que les crises douloureuses, nettement localisées au point où siégeait la tumeur, répondaient bien à des poussées d'épiploïte, tandis que l'appendice n'offrait plus que la trace de lésions anciennes sans poussée aiguë récente. »

OBS. 23^e (M. WALTHER, in *Congrès de chirurgie*).

Mathilde B..., 31 ans. Salle Desprès, lit n° 11.

Antécédents personnels : Régée à 15 ans, bien réglée depuis.

3 accouchements normaux, enfants bien portants.

Depuis 4 ou 5 ans, sensation de pesanteur au niveau de la fosse iliaque droite avec, de temps en temps, des évacuations par le rectum, de matières entourées de glaires et de fausses membranes. Aucune autre affection antérieure à cette colite pseudo-membraneuse.

En mai 1897, crise violente de douleurs dans la fosse iliaque droite avec vomissements.

Formation d'un abcès péri-cæcal, avec empatement et matité. Il est reconnu par le médecin qui la soigne. Elle entre à Bichat, chez M. Terrier, où elle ne veut rester que quelques heures. En revenant chez elle l'abcès se fait jour dans l'intestin, disparition de la collection, perte de pus par le rectum durant quinze jours.

Trois mois après, nouvelle crise douloureuse avec formation d'un nouvel abcès moins volumineux que le premier, mais qui s'évacue comme celui-ci dans l'intestin. A la suite, période d'accalmie jusqu'en décembre 1897. *Depuis cette époque*, endolorissement et pesanteur dans la fosse iliaque droite, empêchant tout travail. Selles quotidiennes à la faveur d'un lavement.

Diminution de l'appétit. Digestions difficiles. Pas de vomissements, ni fièvre.

Autres appareils sont sains.

Elle entre salle Desprès le 18 avril 1898.

Etat à ce moment. — Douleur dans la fosse iliaque droite. Digestions pénibles. Constipation. Pas de température.

Tumeur douloureuse à la pression dans la fosse iliaque droite.

Opération le 20 avril 1898 : éther : 600 grammes. Durée 1 h. 1/4. Laparotomie latérale.

L'épiploon est adhérent d'une part au péritoine pariétal et d'autre part à toute la hauteur du cæcum et au colon ascendant. Les adhérences pariétales, liées en 2 pédicules sont sectionnées.

L'épiploon est épais, rouge granuleux, très vascularisé : il y a évidemment une poussée d'épiploite récente.

La recherche de l'appendice est gênée par les adhérences entre l'épiploon et l'intestin ; on se débarrasse de ces adhérences par 3 pédicules (3 en chaîne, 2 isolés). On trouve alors l'appendice appliqué derrière le cæcum et recouvert par de minces adhérences qui lui donnent l'air d'être sous-péritonéal. Libération et résection de l'appendice suivant le procédé habituel. Drain en face du moignon appendiculaire. Suture en 3 plans. En faisant le 2^e plan, on pique un rameau de l'épigastrique et on fait la ligature de l'artère dans la plaie.

Suites opératoires : 600 grammes de sérum ; quelques vomissements, piqûre de morphine.

Le 21, sensation de tiraillement abdominal. T. 37°8 le matin, 38°5 (vaginale) le soir, sérum.

Le 22, 37°5 le matin, 39 le soir.

Pansement : on remplace le drain. Ecoulement de sérosité. Sérum.

23 et 24. — Même état, même température.

Pansement chaque jour, sérum.

Le 29. — A partir du 25 avril, la température baisse en un jour et demi. Le 29, on enlève les fils. On laisse un drain dans le trajet ; ce drain est retiré progressivement de façon à laisser combler la fistule de la profondeur vers la superficie.

Sort le 4 juin 1898 : revue 2 fois depuis.

1^{re} fois : bon appétit. Aucune douleur abdominale la malade a engraissé.

2^e fois (dans la semaine du 16 au 23 octobre).

Excellent état général et local.

Obs. 24 (personnelle).

A... 40 ans, entre le 19 juillet 1898, salle Gosselin, service de M. Walther.

Cette malade est entrée à l'hôpital pour des douleurs abdominales violentes, accusées surtout du côté droit et s'irradiant aux lombes et à la face interne des cuisses.

Elle se plaint aussi de son estomac.

Elle est femme de chambre et n'a pas eu à faire du travail pénible.

A) Ses parents se sont toujours bien portés ; son père est encore vivant , sa mère est morte de la grippe à 57 ans.

B) La jeunesse de cette femme a été malade.

A 10 ans, à la suite d'une croissance rapide, elle était faible, avait souvent des maux de tête.

De 18 à 30 ans, elle a eu quelques crises de nerfs (4 environ).

A la suite de fatigue, dans ces crises, elle ne perdait pas connaissance, ne se mordait pas la langue.

Tout se bornait à des secousses dans les membres supérieurs, à des claquements de dents, et à une céphalée intense.

L'éther la calmait toujours.

Réglée à l'âge de 13 ans, elle l'a toujours été régulièrement ; elle n'a pas encore atteint la ménopause.

Elle n'a jamais fait de fausse couche.

Elle a eu un enfant mort de bronchite à 10 mois.

Depuis l'âge de 16 ans, elle a souffert de son estomac ; elle ressent ces douleurs (sensations de brûlures) surtout après l'ingestion d'aliments maigres. Elle ne vomissait pas.

Il y a 13 ans, elle a eu une crise, sans doute d'appendicite.

Elle était alors à la campagne, en Bourgogne.

La veille elle s'était promenée au soleil ; elle avait eu très chaud.

Elle se promenait le lendemain matin (7 heures), dans une vallée, le long d'un étang, à l'air frais, quand subitement elle fut prise d'un grand frisson, de grandes douleurs abdominales et de grandes envies de vomir. Elle ne perdit pas connaissance.

Ramenée chez elle, le médecin lui fit prendre un vomitif (de l'ipéca) et la mit à la diète lactée. Deux jours après le *frisson* disparaissait ainsi que les vomissements. Mais elle souffrait toujours dans le côté gauche de douleurs violentes (sensation d'arrachement) ; on lui applique constamment sur le ventre des cataplasmes de farine de lin, arrosés de laudanum ; malgré cela elle souffrait horriblement pendant 6 semaines. Elle ne pouvait pas dormir.

Elle avait de la diarrhée et faisait des matières qu'elle compare à du riz.

Pendant les jours qui ont précédé cette crise la malade n'avait remarqué rien d'anormal dans son état, si ce n'est une douleur dans le

côté gauche, « espèce de feu » dit-elle qui la dévorait, et contre laquelle le médecin ordonna un vésicatoire.

La maladie dura 2 mois.

A la suite, *la malade eut pendant 2 ans environ une constipation opiniâtre* ; ce n'est que par l'usage des lavements qu'elle pouvait aller à la selle. Elle n'a pas remarqué de membranes dans ses matières. Cette constipation n'a pas été suivie de débâcles.

Il y a 8 ans, quelques mois après sa couche, elle a eu un prolapsus de l'utérus qui a cédé au port d'un pessaire ; à la même époque et pendant 6 semaines, elle a eu des pertes liquides, jaunes, à peine teintées, assez abondantes.

Elle se dit rhumatisante ; elle a eu des douleurs dans l'épaule droite, la nuque, les lombes ; les jointures des doigts gonflent et deviennent douloureuses lorsqu'elle a occasion de laver.

Il y a 12 ou 13 ans, elle avait déjà souffert de douleurs dans l'épaule droite et la main droite ; mais c'était léger.

Au mois d'octobre dernier, elle a eu pendant 8 jours une crise assez sérieuse, avec malaise général ; les douleurs de ces articulations ont cédé à des frictions alcooliques.

La crise actuelle l'a prise *dans la nuit du 1^{er} juillet*. Quelques jours elle se sentit la tête lourde ; elle avait des fourmillements dans la jambe droite et le côté droit ; elle se plaignait aussi de sensation de chaleur dans tout l'abdomen.

L'avant-veille *elle fit à pieds une grande promenade* (Bon Marché, Esplanade des Invalides, Avenue des Champs-Élysées), et rentra très fatiguée.

Dans la nuit du 31 juin au 1^{er} juillet, elle est prise de violentes douleurs dans tout l'abdomen ; avec irradiation vers les lombes, les épaules ; elles disparaissent au bout de quelques heures ; le malaise général continue.

Le 8 juillet, *nouvelle poussée* ; les douleurs prennent tout l'abdomen, irradiant vers la cuisse droite, les épaules ; elle a des vomissements *bilieux*. Elle n'a ni constipation, ni diarrhée, mais dans ses matières fécales plutôt solides elle remarque de petites membranes et une grande membrane longue d'au moins 50 centimètres qu'elle prend pour un ténia. Ces membranes étaient jaunâtres.

Depuis lors le malaise général, la céphalalgie, les fèces membraneuses persistent ; mais la douleur se localise dans la fosse iliaque droite.

Etat actuel. — Plus de selles membraneuses. Légère constipation.

Le ventre n'est pas ballonné ; la palpation révèle dans la fosse iliaque droite, au point de Mac Burney, un point douloureux bien localisé.

Il n'y a pas de douleur à la palpation superficielle et profonde des parties voisines.

Au point fixé, on sent un empatement profond, mais les muscles se défendent.

Au toucher vaginal, on sent un empâtement douloureux dans le cul-de-sac latéral droit.

Les réflexes rotuliens et pharyngiens sont normaux.

Le cœur, les poumons sont intacts.

Les urines sont normales.

Légère métrite du côté de l'appareil génital.

T. 37°, 36°8.

La malade a de l'anorexie, elle a la langue saburrale.

On lui a mis de la glace sur le ventre ; depuis lors, les douleurs ont diminué.

Opération le 6 août 1898, M. WALTHER. — Ethérisation, durée 1 h. 05. Incision sur le bord externe du grand droit : peau, 4, cell. aponévrose 6, obl., petit oblique et transverse. Après incision du péritoine pariétal, l'épiploon se présente ; on constate qu'il est épaissi, dur et vascularisé ; attiré au dehors, on voit qu'il adhère au cæcum, à une anse de l'intestin grêle ; M. Walther le résèque en faisant 3 pédicules. L'appendice est trouvé en arrière du cæcum ; il est gros, vascularisé et présente encore des fausses membranes, très peu adhérentes, rouges, se prolongeant sur le cæcum. 3 points en chaîne sont passés dans le méso-appendice, le dernier arrive sur la base de l'appendice. On constate très nettement que l'appendice est élargi à son point d'insertion sur le cæcum avec lequel il se continue à plein canal : la surface d'implantation est de plus de 1 centimètre après section du méso, incision circulaire sur l'appendice, faite à 1 cent. 1/2 de sa base, n'intéressant que la séreuse et la partie supérieure de la musculuse : légère décortique de façon à retrousser une manchette sur laquelle on fait une ligature au catgut ; section de l'appendice ; ablation (après avoir eu soin de protéger le péritoine avec des compresses montées) à la curette de la muqueuse de l'appendice : son calibre paraît gros comme une plume de corbeau ; suture en bourse du moignon. On place un drain en face de ce moignon ; réfection plan par plan au catgut, puis crins pour la peau.

Le soir, T. 37° ; pouls un peu faible à 110. Sérum.

OBS. 25 (WALTHER, *op. loc.*).

Jean-Baptiste G..., 64 ans, entré le 25 avril 1898 à Bicêtre, service de M. Walther, salle Nélaton, lit n° 11.

Rien dans ses antécédents héréditaires.

Aucune maladie jusqu'en 1891. Va à la maison Dubois pour douleurs d'estomac et douleurs dans la fosse iliaque droite. Vomissements fréquents après crises stomacales, douleurs sourdes durant toute la journée.]

Pendant les 9 mois qu'il reste à la maison Dubois, il vomit presque tous ses aliments, sauf le lait glacé. Sort amélioré.

Depuis cette époque, il a eu fréquemment des douleurs dans le ventre.

De temps en temps, des crises gastriques avec vomissements, il y a 1 an, le 13 janvier 1897, étant surveillant à Ivry, douleur intense dans la fosse iliaque droite, ballonnement du ventre très marqué, constipation, vomissements. Glace sur le ventre, purgation pendant 10 jours. Le 11^e jour, très amélioré.

En novembre 1897, il est repris des mêmes accidents et reste 2 mois au lit, lavements et purgations.

Le 3 avril 1898, douleur abdominale intense, ballonnement du ventre, vomissements, constipation. Entre salle Nélaton le 25 avril.

Offre à ce moment tous les signes d'une appendicite aiguë, submatité dans fosse iliaque droite (plastron musculaire). Douleurs au point de Mac Burney. Arrêt des matières et des gaz. T. 37°9. Pouls 110. Quelques vomissements.

Glace sur le ventre. Diète. Dès le lendemain amélioration. On maintient le malade au régime lait, bouillon, œufs, jusqu'au 25 mai.

Opération le 25 mai. — Incision un peu plus interne que l'incision ordinaire : on tombe sur le grand droit ; on le récline après avoir ouvert sa gaine ; ligature de l'épigastrique qui paraît sous le muscle droit. Dès l'ouverture du péritoine, le cæcum se montre entraînant avec lui une notable partie d'épiploon qui, lui, adhère au niveau de la face antérieure. Ces adhérences épiploïques, peu considérables (30 cent. de long), anciennes, sans rougeur de l'épiploon, sont divisées après ligature. Relevant le cæcum, on trouve l'appendice en position verticale ascendante : il est appliqué contre la paroi cæcale par des adhérences, il est assez long, rouge, bosselé. On le décortique assez aisément, on trouve alors dans la lame du tissu conjonctif qui n'est pas à proprement parler son méso, mais qui l'unit au cæcum, une masse qui paraît d'abord être ganglionnaire.

Une triple ligature en chaîne permet de délibérer l'appendice jusqu'à sa base. On reconnaît que le pseudo-ganglion est un abcès ancien, contenant maintenant une masse presque caséeuse. Le curettage de cet abcès ne peut être poussé loin, car une partie de la paroi de cet abcès fait corps avec la paroi cæcale ; on touche à l'eau phéniquée.

Section de l'appendice par le procédé ordinaire.

Drainage. Suture en 3 places. On enlève le drain le 27 mai. Sort le 6 juillet, avec ceinture, et après avoir eu pendant 3 jours de la congestion pulmonaire. *Revu souvent, mange avec bon appétit.*

OBS. 26 (WALTHER, *cod. loco*).

M. S..., 43 ans, assez bonne santé habituelle, mais dyspeptique ancien. Pas de crise d'appendicite aiguë antérieure.

Mais souvent douleurs ombilicales et épigastriques revenant surtout pendant la digestion.

Au commencement d'avril 1898, douleur brusque dans le ventre ; au bout de 2 jours, localisation très nette de la douleur dans la fosse ilia-

que droite. Péritonite péri-appendiculaire évidente, avec foyer assez volumineux.

Application permanente de glace sur le ventre, diète absolue au début, opium. Diminution progressive du foyer, chute de la température. Alimentation au bout de quelques jours avec lait, bouillon et œufs. Cinq semaines environ après cette crise, on ne sent plus dans la fosse iliaque qu'une petite masse à peine douloureuse et j'interviens à froid.

Opération le 12 mai 1898. — Anesthésie à l'éther.

A l'incision de l'abdomen, l'épiploon apparaît masquant le cæcum. Il est adhérent au cæcum, au côlon ascendant, et jusqu'à l'angle du côlon transverse, qui est tirailé et abaissé. Dans toute sa partie supérieure qui est solidement attachée au côlon ascendant, il est d'aspect normal, jaune, les adhérences évidemment anciennes; la partie inférieure, au contraire, qui répond au cæcum, est rouge, comme granuleuse, atteinte d'appendicite récente, et les adhérences molles, vasculaires, se prolongent en dedans et au-dessous du cæcum.

Résection de l'épiploon après ligature par pédicules isolés de 2 points en chaîne, pour ne pas tirailler l'estomac qui apparaît à ce moment sur la lèvre interne de la plaie. Ligature par pédicules isolés du bord de l'épiploon adhérent à l'intestin.

Au-dessous de la masse inférieure, atteinte d'épiploïte récente, la recherche de l'appendice conduit sur un foyer rempli de pus caséeux. La paroi externe de ce foyer correspond au cul-de-sac cæcal sur lequel on voit le moignon cicatrisé de l'appendice complètement détruit. Nettoyage minutieux de ce foyer; tamponnement à la gaze stérilisée. Suture.

Suites opératoires très simples. Ablation des mèches le 3^e jour. Un drain court qui est enlevé le 7^e jour. Ablation des sutures le 9^e jour, réunion parfaite.

J'ai revu M. S... au commencement d'octobre. Il ne souffre plus, les digestions sont meilleures, mais encore un peu lentes.

La portion inférieure enflammée de l'épiploon était semée de points grisâtres présentant l'aspect de tubercules. M. Weinberg a bien voulu faire l'examen histologique de cette masse épiploïque et a constaté qu'il ne s'agit pas là de tuberculose, mais bien d'inflammation simple.

Examen histologique, par M. le Dr Weinberg.

A l'œil nu, pas plus qu'à l'examen histologique de plusieurs morceaux provenant de la masse épiploïque apportée au laboratoire, nous n'avons pu trouver de trace d'appendice.

La masse épiploïque, congestionnée sur beaucoup de points, présente, disséminés dans son épaisseur, une série de nodules durs, blanchâtres, de dimensions inégales; les plus gros d'entre eux ne dépassent guère un centimètre de diamètre.

En examinant ces nodules à l'œil nu, on pourrait croire qu'il s'agit là de foyers tuberculeux. L'examen microscopique montre qu'il n'en

est rien et que ce sont de simples placards d'épipoïte subaiguë, dans lesquels on ne trouve pas de lésions spécifiques.

Chacun de ces placards est parcouru, par de larges faisceaux de fibres conjonctives adultes, représentant évidemment les travées conjonctivo-vasculaires de l'épiploon chroniquement enflammé. Les placards qui se placent entre les fibres conjonctives adultes sont formées exclusivement par des cellules interstitielles enflammées entremêlées avec un petit nombre de conjonctives jeunes.

On ne voit pas de peloton adipeux dans ces placards. Quelques rares cellules adipeuses conservées par ci par là sont irritées : leurs noyaux sont le siège de multiplication considérable. On en compte facilement douze à quinze dans une cellule, en même temps que la vésicule adipeuse diminue de volume.

Les endothéliums qui tapissent les travées du tissu épipoïque sont également irrités ; ils s'hypertrophient, atteignent des dimensions considérables et se détachent de la paroi des travées pour remplir les mailles épipoïques souvent d'une façon complète.

Par places on trouve des dépôts de pigment sanguin, trace d'apoplexie hémorrhagique, lors de la poussée aiguë d'épipoïte.

Un examen soigné de tous les nodules de l'épiploon n'y décèle ni cellules géantes, ni autres lésions corrélatives des foyers tuberculeux.

Le reste de la masse épipoïque présente aussi une série de petits foyers d'inflammation subaiguë disséminés dans la plupart des travées conjonctivo-vasculaires.

Les symptômes de l'épipoïte sont ceux d'une péritonite partielle localisée dans la fosse iliaque droite.

La douleur s'étend jusque sur la ligne médiane.

Elle remonte jusqu'à l'ombilic. Spontanée, d'intensité variable, habituellement sourde, elle est augmentée par la pression, par la palpation et par les mouvements imprimés au malade.

Le ventre est tendu, dur ; lorsqu'on arrive à déprimer sa paroi, on sent une masse épaisse, diffuse, douloureuse qui de l'appendice va s'étalant le long du cæcum et sur la ligne médiane.

Les symptômes fonctionnels autres que la douleur sont les vomissements ; parfois la diarrhée ou le terme rectal.

L'ensemble de ces symptômes locaux et fonctionnels auxquels s'ajoutent ceux qui traduisent le retentissement d'une poussée inflammatoire sur l'état général, fait croire à une nouvelle poussée d'appendicite. L'opération est seule à nous renseigner sur la cause exacte des troubles observés. Dans une observation intéressante

de M. Demoulin (1) le malade présentait tous les grands symptômes de l'appendice : douleur du point de Mac Burney, tumeur de la fosse iliaque droite donnant au doigt la sensation d'un corps cylindrique du volume du petit doigt, fièvre, etc. A l'opération on trouva une corde épiploïque adhérente à la face antérieure du cæcum et donnant cette sensation de corps cylindrique qui avait été sentie à l'examen du malade, simulant ainsi l'appendice malade. Les brides péritonéales fixaient le gros intestin à la fosse iliaque et d'autres adhérences péritonéales courtes et résistantes réunissaient l'intestin grêle à la face interne du cæcum sur une longueur de 3 centimètres. L'appendice lui-même avait été amputé spontanément comme dans les cas rapportés par Roux. Il ne restait à sa place qu'un petit moignon fibreux de 2 à 3 millimètres.

Au reste voici cette observation :

OBS. 27. — *Intervention après la sixième crise. — Amputation spontanée de l'appendice. — Difficultés causées par des adhérences et par l'absence de l'appendice. — Attaques appendiculaires après l'amputation spontanée de l'appendice. — Guérison après la libération des adhérences des organes* (DEMOULIN, *Journal des praticiens*, n° 4, 1898).

K..., âgé de 16 ans, fut pris, au mois de novembre 1895, d'une première crise d'appendicite aiguë avec péritonite localisée, et qui se termina sans intervention chirurgicale.

Le chirurgien vit le malade, pour la première fois, cinq mois avant la publication de cette observation, après le début des accidents, en mars 1896. Depuis, K... a eu six nouvelles attaques, les trois premières dans les mois de janvier et de février, et la dernière crise trois semaines avant l'arrivée du malade à Paris.

A la palpation on trouva dans la fosse iliaque droite le point douloureux, dit de Mac-Burney et au même endroit un cylindre du volume du petit doigt, long de 3 à 4 centimètres, se dirigeant en bas et en dedans vers le pubis. C'est alors que M. Demoulin proposa l'intervention à froid, ce qui fut accepté et pratiqué avec l'aide du docteur A. Mulas, de Choisy-le-Roi.

Opération. — Après avoir fait l'incision de Roux, le péritoine ouvert, le chirurgien tomba sur une corde épiploïque, adhérente à la face antérieure du cæcum, qu'on avait prise pour l'appendice. Sur la face postérieure et interne et vers le fond, on trouva de nombreuses brides péritonéales, fixant le gros intestin au péritoine de la fosse iliaque. Après

(1) *Journ. des Praticiens*, n° 4, 1898.

quelque temps on finit par libérer le cæcum, mais on ne trouva qu'une légère trace de l'appendice vermiforme, qui avait été amputé spontanément à sa base, lors de la première crise, ainsi que le prouvait l'existence d'un petit moignon fibreux, imperméable au stylet, long de 2-3 millimètres à peine et siégeant au point où s'insère normalement le diverticule du cæcum. Poursuivant les recherches sur la face interne de la portion initiale du gros intestin, M. Demoulin trouva des lésions très accentuées : L'intestin grêle à sa terminaison, sur une longueur de deux centimètres environ, adhérait à la face interne du cæcum par des brides péritonéales très courtes et extrêmement résistantes. Ces brides se terminaient, au-dessus de l'embouchure du grêle, dans le gros intestin, de telle sorte, qu'il y avait une coudure brusque de l'intestin grêle au niveau de la valvule iléo-cæcale. On parvint à détruire les adhérences et à rétablir les organes dans leur état normal ou à peu près, surtout à rendre à l'intestin grêle sa situation normale par rapport au cæcum et, à tous les deux, leur mobilité.

Derrière le cæcum et dans la portion terminale du mésentère on trouva cinq ou six ganglions lymphatiques du volume d'un pois, qu'on enleva sur place.

L'opération avait duré une heure et demie et avait donné lieu à une hémorrhagie assez abondante. Malgré l'absence de pus, M. Demoulin mit un drain et deux mèches de gaze dans la plaie. Le drain et les mèches furent enlevés le 4^e jour.

Pas de réaction fébrile. Guérison parfaite sans éventration, grâce à la suture en étages.

Depuis 18 mois, le malade se porte très bien et n'a pas eu de nouvelles crises.

Chez un de ses opérés, Worcester (1) trouva l'épiploon sphacelé entourant l'appendice.

Parmi les observations d'épiploïte simulant l'appendicite, nous avons déjà cité, au chapitre de l'anatomie pathologique, le cas de J. Bogdanick. L'épiploïte prend ici nettement la première place, c'est elle qui constitue toute la maladie ou du moins c'est elle qui réalise cette nouvelle crise.

Cette observation mérite d'être rapportée dans son entier. Nous l'empruntons à la thèse de Pindray (Paris, 1898).

OBS. 28.

Siegfried P...., âgé de 25 ans, porte depuis trois ans dans le canal

(1) *Rev. of gyn. and pæd.*, Treatment of app., Phila., 1891-92.

inguinal droit une hernie réductible, qui jusqu'ici ne l'a pas incommodé.

Le 17 août 1897, le malade fut pris subitement de vomissements et de douleurs violentes dans la région du cæcum.

Il entre à l'hôpital le 19 août.

L'aspect du malade n'est pas mauvais, sa température est de 37°8, le pouls bat à 104. Il présente dans la région cæcale une tuméfaction douloureuse qui se dirige en haut.

La peau qui recouvre cette tumeur est rouge. Le malade ne rend ni selles, ni gaz par l'anus, les vomissements sont fréquents. On lui fait prendre de la teinture d'opium et l'on place sur la tumeur des compresses de créoline. Le soir, la température monte à 38°9. Dans la nuit, le malade, après avoir beaucoup souffert, va à la selle et rend des gaz. Bien que, dès ce moment, son état se soit fort amélioré, on lui donne un lavement. Les phénomènes s'amendent et le 23 août la fièvre a complètement disparu.

30. — La rougeur des téguments n'existe plus, mais la tumeur de la région cæcale persiste, quoique moins douloureuse. L'anneau inguinal droit laisse passer facilement le doigt et, en faisant tousser le malade, on sent une expansion, mais sans sortie d'intestin. Le diagnostic de hernie droite coïncidant avec une appendicite est alors porté, et les phénomènes inflammatoires ayant disparu, on se décide à opérer.

30. — On fait une incision, comme pour une cure radicale de Bassini : on dissèque le canal déférent et l'on sent dans le sac un cordon mince. A l'ouverture du sac on voit que ce cordon est constitué par de l'épiploon de l'épaisseur d'un gros fil. L'une des extrémités de ce cordon est adhérente au fond du sac, l'autre se perd dans la région cæcale. Pour arriver sur la tumeur, l'incision est prolongée jusqu'au bord des fausses côtes droites. Le péritoine incisé permet de voir la tumeur, marbrée, d'un jaune sale et de consistance assez ferme. Cette tumeur donnait l'impression d'une collection purulente, ce qui fut reconnu faux ensuite.

On trouve, en effet, que cette tumeur est constituée par de l'épiploon hypertrophié et adhérent au péritoine pariétal. On attire au dehors cet épiploon, qu'on lie au catgut et qu'on résèque. Le bout central est réduit dans la cavité abdominale. L'extrémité périphérique est libérée de ses adhérences avec la main. On trouve alors que l'épiploon n'adhère pas seulement au péritoine pariétal, mais qu'il est intimement uni au côlon ascendant, à l'intestin grêle et au cæcum.

L'appendice, quoique un peu hyperhémie, est sain et normal ; il est enclavé dans la tumeur, mais se laisse facilement énucléer, et séparer de la partie filiforme de l'épiploon contenu dans le sac. Il existe aussi un autre prolongement plus épais descendant dans le petit bassin et que l'on détache aussi avec la main. Durée de l'opération, 105 minutes.

Le jour de l'opération, le malade a des vomissements et des douleurs assez violentes qui se calment le jour suivant, il rend des gaz et le ventre n'est pas ballonné.

Le soir la température monte à 37°5 et descend le lendemain à 36°9.

3 septembre. — On change le pansement et on enlève les drains.

7. — On fait un nouveau pansement et on enlève les points de suture.

Le malade est repris par la fièvre du 12 au 16 septembre. La température s'élève à 39° et cela à cause d'un petit abcès formé à la partie interne de la cicatrice.

Le malade sort guéri le 21 septembre.

Sans être aussi net, le rôle de l'épiploïte ne nous semble pas étranger au tableau clinique du cas suivant de M. Broca.

OBS. 29. — Dr BROCA (Th. ESNAULT, 1898).

La nommée Juliette Ber..., âgée de 40 ans, habitant Champigny-sur-Marne, entre à l'hôpital Trousseau, salle Giralde, le 1^{er} novembre 1897.

Le père de la petite malade est bien portant, la mère présente quelques symptômes dyspeptiques et se trouve toujours atteinte de constipation opiniâtre.

Juliette B... a quatre frères et sœurs dont un est mort de convulsions, dit-on. Notre malade, née à terme, élevée au biberon, a eu ses dents de très bonne heure et a marché à 14 mois. Elle a eu une bronchite à 15 mois, la rougeole à 2 ans et la coqueluche à 6 ans.

Dans la nuit du 10 au 11 juillet dernier, l'enfant qui s'était couchée bien portante, est réveillée par des vomissements qui se répètent trois fois de suite. Les matières vomies sont d'abord alimentaires, puis bilieuses. En même temps, elle accuse des douleurs généralisées à tout le ventre, mais dont le point de départ se trouve être la fosse iliaque droite. Au dire du père, la petite malade ne présentait pas de gonflement abdominal.

La fièvre varie entre 38° et 39°. Il n'y a pas de délire.

Le lendemain, les douleurs abdominales persistent et sont devenues très intenses par le palper.

Avant le commencement de sa maladie, l'enfant n'avait jamais eu de troubles gastro-intestinaux.

Elle garda le lit pendant 15 jours, et dans cet intervalle pas de vomissements.

L'appétit étant revenu le 6^e jour, on lui permet de manger un peu de viande et de pain, en très petite quantité.

A l'endroit douloureux, dans la fosse iliaque droite, on lui applique un vésicatoire.

Les douleurs disparaissent et l'enfant descend du lit le 15^e jour.

A ce moment, au dire du père, elle se porte bien, reprend ses habitudes antérieures, continue cependant à ne prendre qu'une ration alimentaire, toujours très petite, pendant 15 jours.

Au bout de cette période, c'est-à-dire 30 jours après le début de son attaque, l'enfant est de nouveau subitement réveillée au milieu de la nuit, souffrant fortement au niveau de la fosse iliaque droite, douleurs sans irradiation. Il n'y a pas de vomissements, pas de fièvre.

On applique un vésicatoire à l'endroit douloureux et les douleurs disparaissent le lendemain.

L'enfant a bon appétit et ne garde même pas le lit.

Dix jours après cette seconde poussée, bien que ne souffrant pas, on lui applique des pointes de feu, à deux reprises, à huit jours d'intervalle.

Jusqu'au 28 août, l'enfant se porte bien, sans se plaindre. Le régime est toujours surveillé, peu d'aliments.

La nuit du 28, une troisième crise douloureuse survient, à siège dans la fosse iliaque droite, sans irradiation. Bientôt arrivent des vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux, comme la première fois. La malade souffre beaucoup et la température est de 38° à 39°.

Un troisième vésicatoire est encore mis au niveau de la fosse iliaque droite ; mais cette fois-ci, les douleurs ne disparaissent pas.

L'appétit qui avait disparu revient et on en profite pour recommencer à nourrir Juliette B... comme auparavant.

Le 30, les douleurs se portent de la fosse iliaque droite dans la fosse iliaque gauche et s'y localisent, devenant très intenses, apparaissent spontanément pour s'accroître par le palper. L'abdomen n'a jamais été plus tuméfié qu'il l'est actuellement.

Depuis le commencement de sa maladie jusqu'aujourd'hui, la malade n'a jamais été constipée, et pour la première fois, elle a une légère diarrhée.

Le 1^{er} septembre, jour de son entrée à l'hôpital Trousseau, on constate une tuméfaction occupant la fosse iliaque droite, remontant en haut, par une légère convexité, au niveau d'une ligne passant par l'épine iliaque antéro-supérieure, s'élevant en dedans presque sur la ligne médiane, en bas jusqu'à l'arcade crurale. Rénitence. Douleur à la palpation.

Le 4, on constate que la tuméfaction a presque complètement disparu, le ventre est plat. Il y a encore de la douleur dans la fosse iliaque droite, mais elle est légère, sans gargouillement.

Le 7, le ventre est souple ; cependant, on sent encore sur le bord externe du muscle grand droit, du côté droit, une tumeur du volume d'une noix. Il n'y a aucune douleur dans le ventre ; les selles sont régulières, un peu liquides.

Opération. — M. le Dr Broca pratique une incision iliaque par la-

quelle il arrive sur l'iléon qui est adhérent au péritoine pariétal. Après l'avoir détaché en avant avec la sonde cannelée, on peut contourner la masse inflammatoire. On le libère de quelques adhérences vers le détroit supérieur et on amène au dehors la masse formée par l'angle iléo-cæcal auquel adhère le bord de l'épiploon très induré. Dans cette tuméfaction grosse comme une noix et adhérente à la face postéro-externe du cæcum, on voit en haut l'insertion de l'appendice cæcal. On fait la libération aux ciseaux courbes. Dans cette dissection, au milieu de l'épiploon, on trouve l'appendice très adhérent par sa pointe cæcale qui est perforée d'un coup de ciseaux. On suture cette paroi cæcale et l'on fait la résection de l'appendice. On ligature l'épiploon au catgut et on fait la résection de la partie adhérente. On suture ensuite par étages.

Les fils suppurent un peu.

Le 7 octobre, la température est de 40° ; il s'est formé un petit abcès au niveau du fil supérieur dont l'ouverture spontanée a eu lieu le lendemain. Depuis, il reste un petit trajet fistuleux de un centimètre de long, oblique en bas et en dedans.

Rien de particulier jusqu'au 18 novembre, jour où la petite malade quitte l'hôpital. Le trajet fistuleux a disparu. Il s'est formé une excroissance de chair rosée et molle formée par du bourgeon charnu que l'on a brûlée au nitrate d'argent et qui est presque complètement disparue ce 18 novembre.

La petite fille part avec un pansement iodoformé recouvrant la plaie. Etat très bon.

Une observation fort intéressante a été rapportée par M. Th. Anger (*Soc. chirurgie, comptes rendus*, 1892, p. 132). Une tumeur en forme de boudin, simulant le cæcum engoué, était en réalité formée par l'épiploon induré et adhérent. La malade présentait pour la seconde fois des accidents aigus. M. Anger intervint, détacha les adhérences et les accidents disparurent.

Voici en quels termes M. Anger rapporte ce cas :

Obs. 30. — Il y a un mois, j'ai vu en province une jeune femme que j'avais observée au mois de septembre dernier, atteinte d'une appendicite aiguë. A cette époque, j'avais proposé l'intervention, qui fut refusée ; mais au mois de novembre, de nouveaux accidents se reproduisaient et j'ai fait l'opération. A l'examen, on constatait une espèce de boudin qui me parut très nettement être l'appendice iléo-cæcal. Mais à l'ouverture du ventre, je trouvai que ce boudin était formé par l'épiploon induré, situé au devant du cæcum et simulant l'appendice. Cet épiploon fut enlevé ; derrière lui existait un petit abcès contenant environ un dé à coudre de pus et communiquant avec

une perforation du cæcum que je fermai par une suture. Le malade guérit.

4^e groupe. — Adhérences épiploïques apparaissant au cours d'une crise aiguë.

Les cas de cette catégorie n'offrent rien de bien particulier au point de vue clinique.

Les adhérences épiploïques donnent peut-être plus de netteté à l'ensemble symptomatique présenté habituellement par l'appendicite. Dans le cas VI de M. Walther, la dernière crise avec laquelle semble coïncider la formation des adhérences épiploïques est plus douloureuse, et s'accompagne de constipation et de vomissements alimentaires. En pareil cas, on observe surtout des symptômes de péritonite partielle.

Le ventre est ballonné, dur et douloureux. La palpation permet d'y reconnaître une tuméfaction diffuse, antérieure entre la fosse iliaque et l'ombilic. On sent parfois à ce niveau, une sorte de plastron induré, résistant, mal limité, correspondant à la région malade.

Ce sont ces signes que présentaient les malades des observations VI et VII de M. Walther.

Obs. 31 (personnelle), recueillie dans le service de M. WALTHER.

Gustave M..., 47 ans, tourneur en cuivre, entré le 8 juillet 1898, à la Charité, salle Velpeau, lit n° 4.

Père mort à 43 ans de tuberculose.

Dit avoir été bien portant jusqu'à l'an 1896 et n'avoir jamais eu aucun trouble digestif.

1^{re} crise. — Il y a 2 ans, à la suite de chute, violentes douleurs dans l'abdomen; repos au lit, 3 jours.

2^e crise. — En 1897, pris subitement de douleurs de la fosse iliaque irradiant dans tout l'abdomen, et accompagnées de constipation et de vomissements alimentaires; la marche était absolument impossible et le malade resta alité 4 jours.

3^e crise. — En décembre 1896, mêmes symptômes.

4^e crise. — En juin 1898.

Ces 4 crises présentent les mêmes caractères: douleurs, constipation, vomissements, calmés par le repos. Aucun trouble dans l'intervalle.

5^e crise. — Cependant du 4 juin au 6 juillet, son état général n'a pas été aussi bien ; au milieu de son travail il était obligé de se reposer, ressentant des douleurs au niveau de la fosse iliaque droite.

Le 6 juillet 1898, ces douleurs ont une acuité plus grande et cela subitement, — accompagnées de constipation et de vomissements alimentaires, — mais cette fois, malgré le repos et un traitement, l'état du malade ne s'améliore pas, et il vient à la Charité le 8 juillet 1898.

A son arrivée, salle Velpeau, n° 4, douleurs et constipation existent encore, mais le malade ne vomit pas. Ventre ballonné, douloureux à la pression de la fosse iliaque droite ; on y sent une sorte d'empâtement, de plastron s'étendant jusqu'au bord externe du grand droit : T. 37°4, langue blanche.

Glace, lavement glycériné, lait.

Les douleurs diminuent progressivement du 9 juillet au 15, où elles disparaissent complètement. La température n'a pas dépassé 37°4.

Le 21. — T. 38°2 (soir) sans aucune manifestation abdominale, mais le lendemain apparaissent des bulles de zona sur le trajet du rameau fémoral du fémoro-cutané.

Le 25. — T. 37°3 ; les douleurs spontanées n'existent plus, mais on provoque un certain endolorissement à la pression de la région iliaque droite, l'empâtement a diminué et présente le volume d'un gros œuf de poule, il est limité au niveau de la fosse iliaque près de la crête. Le malade est cependant toujours constipé, il n'obtient de garde-robes que par lavements glycérinés.

Opération le 12 août. — 36 jours après le début de la crise, on sent encore une tumeur allongée dans la fosse iliaque droite : incision de Roux. Le péritoine pariétal ouvert, l'épiploon se présente entre les lèvres de la plaie, on constate qu'il y a adhérences de l'épiploon au cæcum, au colon ascendant et à une partie du colon transverse ; résection après avoir placé 4 catguts en chaîne. On sent à travers le cæcum un empâtement profond ; on soulève en décollant les adhérences, et on arrive sur l'appendice en position rétro-cæcale. Cet appendice, gros comme le petit doigt, est contourné en volute, englobé dans des adhérences qui ne laissent libre que la pointe. On sépare au bistouri l'appendice de ses adhérences, on fait la ligature du méso par 3 catguts en chaîne. Section de l'appendice suivant procédé ordinaire.

Il est à remarquer que quand on presse sur les adhérences qui entourent l'appendice, il en sort du pus concrété, semblable à du mastic.

Toilette, drain, suture. T. 37°. Suites normales. Ablation des sutures le 9^e jour, bonne réunion.

Examen histologique, par M. le Dr Weinberg. — Appendice oblitéré sur une étendue de 3 centimètres à partir de son bord libre. Au microscope, à peu près les mêmes lésions que dans l'observation VII ; les lésions chroniques sont même plus prononcées. En effet, toute la sous-muqueuse est presque complètement sclérosée et ne présente que de

très rares ilots de cellules adipeuses. La sous-muqueuse est également épaissie.

Pas de réaction du péritoine. Les lésions aiguës sont moins nettes.

En résumé, il s'agit ici d'une réinfection aiguë de l'appendice complètement oblitéré dans une certaine étendue de son bord libre.

Obs. 32 (personnelle), recueillie dans le service de M. WALTHER.

Clémentine G..., âgée de 40 ans, femme de chambre, entrée le 19 juillet 1898, à la Charité, salle Gosselin, lit n° 18.

Rien dans ses antécédents.

Réglée à 13 ans régulièrement. Depuis l'âge de 16 ans, elle a souffert de l'estomac, ressentant après le repas (et particulièrement les jours où elle mangeait du poisson et s'abstenait de viande) des douleurs, sous forme de brûlure, au creux épigastrique, autour de l'ombilic.

Pas de vomissements ni de nausées.

1^{re} crise. — Il y a 13 ans, à 20 ans, elle fut prise subitement de douleurs très vives, siégeant dans le ventre, et suivies de vomissements; un grand frisson et l'intensité des douleurs l'obligèrent à garder le lit; la douleur avait son maximum au voisinage de l'ombilic et dans l'hypochondre gauche; durée 3 jours. Diarrhée persistante, mais des douleurs abdominales durèrent pendant 1 mois en se localisant au niveau de la fosse iliaque. Après 2 mois, elle put reprendre son travail, mais elle constata, succédant à la diarrhée du début, une constipation opiniâtre.

2^e crise. — En octobre 1897, il semble que la malade ait eu pendant quelques jours, une réapparition de ses douleurs abdominales, sans vomissements ni fièvre. Elle indique très nettement avoir souffert surtout au niveau du point de Mac Burney.

3^e crise. — Dans la nuit du 1^{er} juillet 1898, la malade est prise de violentes douleurs dans tout l'abdomen. Elle avait fait la veille une longue course à pied. Ces douleurs, intenses pendant quelques heures seulement, se localisèrent à la partie droite de l'abdomen et persistèrent sourdes pendant 8 jours, la malade s'étant levée, mais sans pouvoir finir son travail.

Le 8 juillet, ces douleurs prirent une plus grande acuité et s'accompagnèrent de vomissements alimentaires: la malade dut s'aliter; soulagée par des cataplasmes et le lait, une garde-robe semi-liquide tous les 3 et 4 jours.

Entre à l'hôpital le 19 juillet. On constate un empâtement profond, douloureux, dans la fosse iliaque droite avec maximum de la douleur au voisinage de l'ombilic et du point de Mac Burney. Pas de vomissements. Pas d'élévation de température, constipation depuis 3 jours. Langue saburrale.

Glace, opium, quelques cuillerées d'eau glacée.

Après quelques jours, on constate que la tuméfaction iliaque a presque complètement disparu. Les douleurs spontanées ont cessé, mais à la pression on provoque encore une vive douleur au point de Mac Burney. L'état général est bon. M. Walther décide l'appendicectomie à froid.

Opération le 6 août. — Pendant l'anesthésie on sent très nettement une sorte de boudin que l'on suppose être l'épiploon adhérent.

Incision latérale. — Après ouverture du péritoine, on voit une masse épiploïque, rouge, granuleuse, très vascularisée. Attirée au dehors, elle est constituée par tout l'épiploon, très épais, en forme de gâteau, très rouge; adhérente au cæcum cette masse remonte sur le côlon ascendant jusqu'à l'angle du côlon.

Ligature en chaîne en faisant 3 pédicules isolés : réaction.

L'appendice est trouvé en arrière du cæcum, il se continue à plein canal avec le cæcum : il est gros, rouge, vasculaire et présente encore des fausses membranes peu adhérentes et récentes. La rougeur se continue du reste sans interruption de l'appendice au cœur et à l'épiploon. Résection suivant le procédé habituel.

Suture en 3 plans. Drain. T. 37°. Pouls 110.

Suites normales.

Ablation des sutures le 9^e jour. Bonne réunion.

Examen histologique, par M. le Dr Weinberg (résumé). — Appendice oblitéré en partie.

Présente les signes évidents d'une infection aiguë récente, qui s'étend à la totalité de l'appendice et donne lieu à un peu d'appendicite surtout prononcée au niveau du bord libre de l'organe.

Le péritoine est épaissi sur toute son étendue et présente de véritables fausses membranes organisées au niveau du bord libre de l'appendice.

La masse épiploïque présente quelques fausses membranes organisées. Dans l'épaisseur de l'épiploon on ne trouve pas de lésions marquées, bien que l'examen histologique ait porté sur différents points. On voit quelques placards hémorragiques surtout à la périphérie de l'épiploon. Quelques travées conjonctives vasculaires partent des vaisseaux lymphatiques gorgés de leucocytes et présentant des signes d'inflammation récente très discrète.

Il en est de même dans les deux observations suivantes de M. Broca.

Obs. 33. — M. BROCA (in th. M. GORDON).

Eugène Gr..., 9 ans 1/2, entré salle Denonvilliers, le 21 septembre 1896, sorti le 5 novembre. Enfant habituellement très bien portant, toutefois, depuis un certain temps, il mange très vite, digère mal et vomit quelquefois après les repas.

Le début de la maladie remonte au 12 septembre. Ce jour vers 4 heures du soir en revenant d'une promenade, un camarade saute brus-

quement sur le dos de l'enfant et le renverse en arrière. L'enfant ressent alors une douleur très vive dans l'aîne droite. Cette douleur se dissipe bientôt et l'enfant rentre chez lui ne souffrant plus. Mais dans la nuit la douleur réapparaît, elle est très violente et accompagnée de vomissements alimentaires. Elle persiste le reste de la nuit et le lendemain. Même état, anorexie et fièvre légère pendant les jours suivants. Un purgatif, administré le 17, provoque des vomissements répétés. A l'entrée le 21, l'enfant présente un état général assez satisfaisant. Pas de constipation. T. 37°6, pouls fort, régulier, langue un peu saburrale. A l'examen du ventre qui est légèrement tendu, on constate dans la fosse iliaque droite une tumeur ovoïde, de la grosseur d'un œuf de poule, allongée dans le sens de l'arcade de l'allope et douloureuse à la pression. Matité à ce niveau. Le traitement médical, institué dès ce jour, est suivi d'une amélioration rapide. Le 14 octobre, après disparition complète de tous les phénomènes initiaux, l'appendicectomie est faite. Après l'incision iliaque, on arrive sur l'épiploon dont la pointe adhère dans la fosse iliaque droite. Cette adhérence conduit derrière l'angle iléo-cæcal et là se trouve l'appendice, plié sur lui-même, adhérent par sa pointe à l'épiploon et on le résèque. Sutures de Lembert. Réunion sans drainage. Guérison par première intention. Sort le 5 novembre dans un excellent état.

L'appendice long de 8 m. 1/2, est épaissi, replié sur lui-même, fonctionné avec son méso et entouré de fausses membranes solides. Il est oblitéré au bout cæcal et largement amputé à l'extrémité libre. Pas de calcul.

OBS. 34. — M. BROCA (in thèse GORDON).

Garçon de 11 ans, opéré le 24 mai 1896.

J'ai été appelé auprès de cet enfant le 23 mai au soir par les D^{rs} Louis Guinon et Hellen. Cet enfant était malade depuis une dizaine de jours et jusqu'à la veille on n'avait pas constaté nettement de crise d'appendicite. Le Dr Guinon trouvant, avec de la fièvre, de la douleur, une résistance vers l'hypogastre, conclut à une appendicite. Les accidents avaient d'abord paru se calmer, puis le 23, ils s'aggravèrent et alors fut constaté un empatement net. A cette date, je trouvai une tumeur qui occupait la fosse iliaque droite, mais fortement en dedans. T. 39°5, pouls assez petit, mais régulier, à 120. Douleur au toucher rectal.

Le 24 mai, incision iliaque oblique et j'arrivai dans le péritoine où les anses n'étaient pas adhérentes. En dedans, vers le détroit supérieur, je sentis une masse dure, et en cheminant vers elle, j'effondrai une adhérence et je vis sortir environ un verre à bordeaux de pus fétide. Aux environs du foyer, les annexes n'étaient pas adhérentes, mais rouges et glutineuses. J'introduisis un drain dans le foyer, qui plongeait dans le petit bassin, je mis autour une mèche de gaze iodoformée, et

autour de cette mèche j'agençai en collerette l'épiploon, lui aussi un peu rouge.

Dès le lendemain, la défervescence avait eu lieu, l'état général était devenu bon, et la guérison eut lieu sans aucune complication. Elle était achevée le 21 juillet.

CHAPITRE III

Complications.

Les complications des adhérences épiploïques ont été suffisamment étudiées dans le chapitre précédent.

Leur étude rentre en effet dans le tableau symptomatique. Nous les rappellerons seulement et nous dirons qu'elles sont d'ordre différent suivant qu'il s'agit d'adhérences chroniques anciennes, ou d'adhérences récentes inflammatoires.

Nous mentionnerons enfin les complications qu'entraînent les adhérences épiploïques au cours de l'opération, nous réservant de les étudier plus longuement au chapitre du traitement.

Les adhérences anciennes chroniques donnent lieu à des accidents mécaniques.

Elles créent autour de l'intestin des brides qui peuvent agir comme une cause efficace d'obstruction aiguë, c'est ce que nous voyons par exemple dans l'observation de M. Albarran (1).

Parfois ce sont des symptômes d'obstruction chronique, comme dans un cas rapporté par M. Talamon, où un chirurgien des plus habiles de New-York, diagnostiqua un rétrécissement du cæcum et pratiqua l'anastomose entre la fin de l'iléon et le côlon ascendant.

L'obstruction intestinale peut, d'ailleurs, en pareil cas, reconnaître une autre cause. Dans le cas de M. Polaillon (2), il existait de la parésie intestinale qui détermina des symptômes d'occlusion aiguë. Il en était de même dans le cas de M. Pasteau (3).

Nous ne reviendrons pas sur les troubles douloureux, sur l'entéropose mécanique due aux adhérences par traction de la grande

(1) *Presse méd.*, 1898, n° 61.

(2) *Union méd.*, 1884.

(3) *Société anat.*, 1898.

courbure de l'estomac (Glénard, Delbet) ou par coudure du côlon (Walther).

Les complications liées à l'épiploïte aiguë, sont la possibilité d'une généralisation péritonéale, la formation d'abcès péritonéaux enkystés.

Enfin, quant aux complications apportées par les adhérences à l'acte opératoire lui-même, disons ici, pour y revenir plus loin, qu'elles sont de deux ordres.

Tantôt il s'agit des complications immédiatement liées à l'opération, ce sont les difficultés créées par la masse d'adhérences pour la libération de l'appendice.

Tantôt enfin il s'agit de complications post-opératoires, infectieuses, dues à la persistance dans l'abdomen, de foyers infectieux, malgré l'ablation de l'appendice, et nous en rapporterons plus loin plusieurs cas.

CHAPITRE IV

Diagnostic.

Deux cas s'observent :

Il s'agit d'un malade présentant des douleurs vagues dans l'abdomen, des troubles gastro-intestinaux, liés à la présence des adhérences épiploïques anciennes.

Ou bien au contraire, le diagnostic d'appendicite est fait ; est-ce une appendicite simple ou bien y a-t-il en même temps appendicite et épiploïte aiguë ou chronique ou épiploïte seule ?

Pour le premier cas, le diagnostic différentiel doit se faire avec un assez grand nombre d'affections.

Les troubles qui appartiennent à l'épiploïte chronique, la « *post-appendicite épiploïque* », peuvent se retrouver chez beaucoup de malades. Ce sont au reste plutôt des complications que des signes propres et comme tels, le diagnostic revient surtout à les rattacher à leur véritable cause.

La douleur, la constipation, la dilatation d'estomac peuvent faire penser à des affections différentes suivant que ces troubles apparaissent chez un malade qui présente ou non de l'entéroptose.

C'est ainsi, que la douleur pourra être rattachée à une colique néphrétique (cas de Letulle), à une colique hépatique. Lorsqu'elle est aiguë, qu'elle s'accompagne de vomissements, d'un état inquiétant, on peut songer à l'occlusion intestinale (cas de Dieulafoy et d'Albarran), à l'étranglement interne. L'intervention peut même devenir urgente et vérifier la nature exacte du mal.

La dilatation de l'estomac et la constipation peuvent être rattachées l'une à l'autre ; et leur cause définitive recherchée dans une lésion du tube digestif ou dans un trouble réflexe lié soit à une affection utérine, soit à un état névropathique.

Lorsque les mêmes troubles se présentent chez une malade (il s'agit de femmes le plus habituellement), présentant cet aspect, ce cachet spécial, décrit par Glénard, — on songera à rechercher la ptose d'un viscère. Le foie, l'estomac, l'utérus, le rein, surtout le rein, seront soigneusement examinés.

Si tous ces organes restent muets, alors la palpation attentive de la fosse iliaque fera reconnaître les signes physiques que nous avons décrits, et que l'on retrouve si souvent à la suite des crises d'appendicite.

Les caractères de la tumeur, les antécédents de la malade permettront de rattacher ces accidents à l'appendicite chronique, à l'épiploïte en particulier, comme le fit M. Walther.

Dans le deuxième cas, le diagnostic offre moins d'intérêt. Les phénomènes aigus ont appelé l'attention sur l'appendice. La localisation de la tumeur, la présence du boudin cæcal, le siège de la douleur au point de Mac Burney irradiant du côté de l'ombilic, permettront de supposer la participation de l'épiploon.

Au fond peu importe, l'indication opératoire existe et c'est alors surtout qu'il faudra vérifier avec soin l'état de l'épiploon, afin d'éviter par sa résection des complications ultérieures.

CHAPITRE V

Pronostic.

Dans quelle mesure les adhérences épiploïques anciennes ou récentes viennent-elles compliquer le pronostic de l'appendicite ?

Les adhérences épiploïques anciennes qui subsistent à une ancienne appendicite, autrement dit qui accompagnent l'appendicite chronique, sont par elles-mêmes susceptibles d'entraîner des troubles assez sérieux pour justifier une nouvelle opération.

L'opération d'ailleurs, nous l'avons vu, est bénigne lorsqu'elle est faite dans de parfaites conditions d'asepsie.

Lorsque l'on n'intervient pas, le malade reste exposé à une série de troubles qui doivent tous être rapportés à une entéroptose d'origine mécanique.

La dilatation d'estomac et la constipation opiniâtre en sont les manifestations les plus habituelles.

Parfois ces brides d'adhérences peuvent donner lieu à des phénomènes aigus d'occlusion intestinale et à ce point de vue les adhérences épiploïques chroniques ne doivent pas nous laisser indifférent.

Lorsque des adhérencés anciennes existent, une crise aiguë d'appendicite survient, nous savons, par les cas rapportés dans notre second groupe, que la masse d'adhérences fibreuses, qui couvrent l'appendice, constitue un véritable obstacle à la diffusion de la péritonite et qu'ici les adhérences épiploïques ont un rôle protecteur très net. Ce fait est doublement instructif, car il doit nous apprendre à nous méfier des guérisons apparentes qui succèdent aux crises aiguës ; n'avons-nous pas vu, dans plusieurs cas rapportés plus haut, dans les observations de MM. Terrier, Broca, qu'en arrière du magma épiploïque se trouvait un amas de pus dans lequel baignait l'appendice perforé.

Il nous reste à envisager le rôle des inflammations aiguës des adhérences épiploïques, ou mieux le rôle de l'épiploïte aiguë au cours de l'appendice.

Deux cas peuvent se présenter, suivant que la poussée d'épiploïte aiguë existe seule ou survient à la suite d'une crise aiguë d'appendicite.

Dans les deux cas, l'épiploïte survient comme une complication. C'est un foyer de péritonite parallèle, qui peut s'étendre et se propager à toute la cavité séreuse, et le pronostic est plus réservé. Ceci concerne principalement les cas de la quatrième catégorie où l'épiploïte trouve un aliment dans la poussée aiguë de l'appendicite.

En général, cependant la poussée de péritonite, qui se fait du côté de l'épiploon n'est jamais très aiguë et nous devons même ajouter que le traitement médical, en immobilisant les organes, n'a d'autre but que de modérer l'inflammation aiguë de l'appendice et de favoriser la création des exsudats plastiques qui limitent et circonscrivent le foyer primitif.

Il est enfin un dernier point que nous devons envisager et sur lequel nous aurons lieu d'insister plus longuement au chapitre du traitement, c'est que les adhérences épiploïques, lorsqu'elles sont trop anciennes et trop épaisses, constituent un obstacle réel à l'appendicectomie. Le malade est exposé à différentes complications et souvent même, comme dans le cas rapporté par M. Talamon, et dans notre observation 2, le chirurgien trouve l'appendice fixé par de telles adhérences qu'il préfère ne pas intervenir.

Morton reconnaît de même, après avoir signalé les dangers que créent la densité de l'organisation des adhérences, que plusieurs malades ont succombé, épuisés par la longueur de l'opération, l'appendice n'ayant pu être dégagé qu'au prix d'une minutieuse direction de tout le magma d'adhérences au milieu duquel il se trouvait emprisonné.

Il est certain en effet que si l'appendicectomie à froid est une opération bénigne et facile, la présence d'adhérences peut venir en compliquer les difficultés et en assombrir le pronostic. La rapidité opératoire, tant pour éviter le shock que l'infection, est, on le sait, une des conditions primordiales de toute bonne opération.

CHAPITRE V

Traitement.

Nous avons à envisager deux cas :

1° Celui où les adhérences chroniques de l'épiploon exigent par elles-mêmes une intervention.

2° Celui où elles viennent compliquer l'appendicectomie.

Que le traitement chirurgical soit justifié dans les cas de la première catégorie, nous croyons que ce point est suffisamment démontré par les observations que nous avons rapportées plus haut (V. 1^{re} groupe). Les troubles gastro-intestinaux qu'éprouvent les malades sont suffisamment pénibles pour que lui-même réclame l'intervention.

C'est ce que nous voyons dans un cas de M. Richelot. Chez la malade de cette observation, l'appendice fut enlevé 18 mois avant les accidents consécutifs par M. Richelot lui-même. La malade au bout de ce temps avait conservé des douleurs dans la fosse iliaque droite, avec ballonnement du ventre de temps à autre, avec du péritonisme et même des envies de vomir, en un mot avec des symptômes d'appendicite. M. Richelot attribua tous ces accidents au névrosisme de la malade et la traita pour de l'« *hystérie exagérée* ». Mais quelque temps après, la malade revint dans le service se plaignant de nouveau, d'accidents, plus accentués cette fois, de l'appendicite. En examinant la fosse iliaque droite, M. Richelot constata un cordon cylindrique induré et douloureux. La malade réclama l'intervention et M. Richelot se décida à l'opérer. A l'ouverture du péritoine on tombe sur un cæcum adhérent partout. Le cordon dur senti par la palpation est formé par la bandelette antérieure des fibres longitudinales de l'intestin, tendu comme une corde et fixé en bas par des adhérences. On sutura le cæcum, l'in-

testin grêle et on constata la cicatrice laissée par l'appendice réséqué. Plusieurs mois après l'opération, la malade revue par M. Kouindjy se portait bien et ne souffrait plus de la fosse iliaque droite.

Voici cette observation :

Obs. 35 (d'après RICHELOT, in thèse KOUINDJY, 1898).

Amélie P..., femme C..., âgée de 29 ans 1/2. A eu à 12 ans une fièvre typhoïde. Régulée à 17 ans. Irrégulièrement réglée jusqu'à l'année 1890, pendant laquelle on lui fait une castration ovarienne. A fait une fausse couche de 6 mois à l'âge de 16 ans. Présente, en 1890, des douleurs au ventre persistant depuis deux ans, avec péritonite et leucorrhée. Elle fut alors atteinte d'annexites volumineuses.

Le 27 octobre 1890, M. Richelot pratique la laparotomie sous-ombilicale ; il trouva les annexes droites adhérentes, qu'il réséqua ; les ovaires de la malade présentaient deux gros kystes, de la grosseur d'une grosse noix, avec dégénérescence kystique avancée.

Le 17 novembre de la même année, la malade quitta le service complètement rétablie.

En 1893, Amélie P... fut prise de nouvelles douleurs dans le ventre, avec légère péritonite, qui décidèrent M. Richelot à lui faire une hystérectomie vaginale. L'opération est faite le 3 juin 1893. La malade sort de l'hôpital, après deux semaines, guérie.

Au commencement de l'année 1896, la malade est prise d'une forte crise d'appendicite qui la force à rester au lit 5 jours ; douleurs fixes au point de Mac-Burney, ballonnement du ventre, douleur à la palpation et vomissement. Après cette attaque, elle est prise, tous les mois, d'une nouvelle crise d'une durée de 3 ou 4 jours. Les deux derniers mois, elle fut obligée de s'aliter sans pouvoir marcher, tant la douleur dans la fosse iliaque droite était forte. En même temps, elle est atteinte de troubles digestifs ; depuis six mois, elle ne peut prendre que du lait.

A l'examen, on trouve des signes d'appendicite bien appréciables, mais la cavité pelvienne est absolument saine.

Le 4 juin 1896, on opère la malade. On fait une incision iliaque de Kank. On trouve le cæcum sans adhérence, très sain et libre dans la fosse iliaque. On trouve facilement l'appendice. Celui-ci est long, non adhérent, fixé seulement au cæcum par un méso graisseux, paraissant sain. En deux ou trois points ce méso est un peu bosselé ; on suppose que ce sont de petites concrétions.

On procède alors à l'ablation absolue de l'appendice. On fait le moignon suivant l'usage et on termine la fermeture de la paroi abdominale par la suture en étages.

La malade se porte bien jusqu'en novembre 1897.

A cette époque, elle se présente de nouveau à l'hôpital, se plaignant

de douleurs nerveuses et rhumatoïdes dans le ventre. Parfois elle présente un léger ballonnement du ventre avec envie de rendre. Comme la malade se plaignait en même temps de bouffées de chaleur, quelquefois une dizaine à la fois, M. Richelot, la considérant comme une névropathe, lui ordonna un traitement contre ses nerfs. Mais la santé de la malade ne s'est pas améliorée jusqu'à sa nouvelle entrée dans le service de notre maître.

Le 15 janvier dernier, Amélie P... se présenta de nouveau dans le service, en se plaignant de fortes douleurs dans la fosse iliaque droite, douleurs qui ont augmenté depuis le mois de novembre 1897. Ces douleurs ont été accompagnées de temps à autre par un peu de ballonnement du ventre, de péritonisme, d'envies de vomir toujours entravées ; la malade réclama l'intervention chirurgicale.

A l'examen de la fosse iliaque droite, on sent par la palpation une sorte de boyau vertical et induré, qui était le siège de la douleur spontanée. La pression exagérât la douleur. Etant sûr que ce ne pouvait être l'appendice, réséqué par notre maître, le 4 juin 1896, celui-ci se décide à aller à la recherche de cette tumeur longitudinale, douloureuse, très sensible à la pression et qui est la cause de troubles rappelant exactement le tableau de l'appendicite.

15. — La malade est opérée ; on fait la nouvelle incision sur l'ancienne incision de l'appendicectomie. Après avoir ouvert le péritoine on arrive sur le cæcum, entouré par des adhérences et fortement adhérent à la paroi abdominale, au voisinage de l'ancienne plaie. L'induration verticale, qu'on a sentie avant l'induration par la palpation, était formée par la bandelette antérieure des fibres musculaires longitudinales de l'intestin, tendue comme une corde, et fixée en bas par des adhérences. On libère facilement le cæcum, qu'on abandonne dans l'abdomen, la malade étant sur plan incliné : on finit ensuite l'opération en s'assurant que le moignon appendiculaire est bien cicatrisé, et on termine l'opération sans aucune complication.

La malade se rétablit vite et étant obligée de se rendre chez elle le plus tôt possible, elle quitte le service aussitôt les fils cutanés enlevés.

Nous avons vu la malade le 15 avril, trois mois après l'opération. Nous avons examiné la fosse iliaque droite et nous n'avons rien trouvé d'anormal. La nouvelle cicatrice tenait bien ; point d'éventration, ni de hernie. La paroi abdominale est souple, le ventre facile à palper. Mais la malade, étant très constipée depuis des années, n'a pu arriver à régulariser les fonctions de son tube digestif, et sans purgatif ou lavement, elle n'arrive pas à aller à la selle. La constipation chez elle s'accompagne de légères douleurs sourdes, ressenties dans la fosse iliaque droite ; elles cessent avec la purge et ne reviennent qu'à la prochaine constipation. En dehors de ces légères douleurs, la malade n'accuse pas d'autres suites post-opératoires.

Rappelons également l'intervention heureuse de M. Demoulin (V. p. 64).

L'utilité de l'opération au cas d'adhérences épiploïques nous est encore démontrée par le cas de M. Paul Delbet. Nous avons vu plus haut comment il obtint par la section d'adhérences de l'épiploon aux annexes, la guérison de troubles digestifs imputables à une affection utérine.

M. Terrillon a rapporté des faits analogues à la Société de chirurgie à la séance du 17 février 1892 (V. *Comptes rendus*, 1892, p. 121).

En résumé, les troubles consécutifs, soit à une première crise d'appendicite, soit à une appendicectomie, sont justiciables d'une nouvelle intervention. La laparotomie permettra de libérer l'intestin des adhérences qui gênent son bon fonctionnement et la guérison sera la conséquence habituelle de l'opération.

Il nous faut maintenant considérer le rôle et le traitement des adhérences en tant que complications de l'opération d'une appendicite.

Ces complications sont de deux ordres.

Ou bien il s'agit de difficultés matérielles apportées à l'appendicectomie.

Ou bien nous avons affaire à des complications post-opératoires immédiates.

Au cours de l'appendicectomie à froid, les principales difficultés proviennent de la recherche de l'appendice, puis de sa dissection et de sa libération.

Nous laisserons de côté ici le premier point. Il dépend du siège de l'appendice. Nous supposons un appendice à *siège latéral interne, antérieur*, caché au milieu des adhérences épiploïques.

La libération de l'appendice peut être rendue très difficile. Nous avons déjà vu que M. Reclus dut, dans 4 cas, sculpter l'appendice dans une épaisse coque de fausses membranes.

Les difficultés peuvent être telles que l'opération ne peut toujours être terminée et à cet égard il existe quelques divisions parmi les chirurgiens.

Certains pensent en effet que la résection de l'appendice n'est pas la condition *sine qua non* de la guérison définitive de l'appendicite à répétition.

La guérison peut ne pas dépendre de la résection de l'appendice. C'est du moins ce qui semble ressortir des 2 cas apportés par M. Quénu à la Société de chirurgie, aux séances des 26 novembre et 6 décembre 1893. Il n'est pas toujours possible, dit-il, d'enlever ou de découvrir l'appendice ; en pareille circonstance, on ne doit pas s'acharner à sa recherche, *il faut se contenter de libérer le plus possible le cæcum, d'en détacher les adhérences*. Ces résultats, ajoute M. Quénu, sont encourageants pour ceux qui, comme nous, conseillent l'intervention dans l'intervalle des crises, car la principale raison des abstentionnistes est l'impossibilité, où l'on se trouve parfois, de découvrir l'appendice.

M. Quénu rapporte ainsi son premier cas.

Obs. 36.

Au mois de janvier dernier, j'ai dû intervenir chez un enfant de 12 ans qui avait eu déjà trois ou quatre rechutes successives et dont l'état général commençait à devenir menaçant. Il existait chez lui une tuméfaction dure dans la fosse iliaque. La laparotomie conduisit sur une masse formée par le grand épiploon, au-dessous duquel se trouvait le cæcum perdu dans un magma d'adhérences, au milieu duquel il fut impossible de trouver l'appendice. Sans prolonger les recherches, je refermai le ventre après interposition d'une mèche de gaze iodoformée. Depuis lors, la guérison du petit malade ne s'est pas démentie. Il est probable qu'en pareil cas les accidents sont dus aux brides cicatricielles enserrant l'intestin.

Le deuxième cas de M. Quénu est le cas suivant :

Obs. 37 (résumée). — *Bull. Soc. chir., Comptes rendus*, séance 6 décembre 1893.

Garçon, 15 ans. Chétif. Pendant ses premières années, *rougeole, pneumonie, angine diphthérique*.

Depuis l'âge de 10 ans il a des digestions difficiles, des douleurs de ventre, de véritables indigestions nocturnes. Tendance à la constipation.

Fut pris subitement pendant la nuit de vives douleurs abdominales avec maximum à la fosse iliaque droite. Vomissements. Diarrhée, fièvre modérée au bout de quelques jours le calme revint.

Des crises semblables, mais moins violentes, se répétèrent tous les quinze jours, puis tous les mois et s'espacant tous les deux mois.

Pendant deux ans ses crises se continuèrent et le traitement médical fut suivi sans aucune chance de succès.

C'est alors seulement, après avoir reculé l'opération près d'un an, qu'on se décide à le faire opérer après laparotomie latérale.

Opération à froid le 26 avril 1893.

Une incision sur le bord externe du muscle droit nous permit d'arriver sur une masse dure, mal limitée, recouverte par le grand épiploon qui bridait le cæcum et adhérait à la paroi abdominale ; nous fîmes la résection de toute la masse épiploïque adhérente. Après ligature en chaîne, les trois quarts de la surface cæcale furent libérés d'adhérences ; mais au niveau du cul-de-sac, c'est-à-dire à l'insertion présumée de l'appendice iléo-cæcal, il nous fut impossible de contourner l'intestin qui restait rattaché à la fosse iliaque par une sorte de gangue indurée, gangue où vraisemblablement se trouve noyé l'appendice vermiforme. Après quelques tentatives modérées de détachement des adhérences, nous crûmes prudent de laisser les choses en l'état, et le ventre fut refermé par une mèche de gaze iodoformée passant par l'extrémité inférieure de la plaie. Les suites furent complètement apyrétiques.

Guérison. — Revu 7 mois après ; la guérison persiste, l'état général est très amélioré, la fosse iliaque est souple, non douloureuse ; on perçoit encore à la palpation une induration correspondant au siège de l'appendice.

Il en est de même dans le cas suivant de M. Schwartz, où la libération des adhérences suffit à empêcher les accidents de se reproduire.

OBS. 38. — *Appendicite à répétition. — Intervention à froid ; détachement des adhérences sans résection de l'appendice. — Guérison.*

D... Xavier, âgé de 51 ans, imprimeur, entré dans le service de M. le D^r Schwartz le 19 mars 1894.

Antécédents héréditaires. — Pas d'antécédents tuberculeux.

Antécédents personnels. — Fièvre intermittente à l'âge de 22 ans.

Rhumatisme articulaire aigu en 1867 et en 1871.

Eczéma des jambes.

Le début de la maladie actuelle remonte au 1^{er} septembre 1894 ; il eut alors, pendant quatre jours, de violentes coliques, accompagnées de nausées et de constipation.

Nouvelle crise en février 1894.

Troisième crise le 8 mars 1894 : on constate alors, pour la première fois, une tuméfaction dans le flanc droit. Amélioration depuis quelques jours.

Examen, le 24 mars.

Inspection. — On constate à la vue, qu'il n'existe aucune circulation collatérale dans la région de la fosse iliaque droite, dont la peau porte les traces d'un vésicatoire.

Palpation. — Dans la fosse iliaque et le flanc du côté droit, on sent une tuméfaction dure, bosselée, de la grosseur du poing, douloureuse à la pression. Elle s'étend du milieu de la crête iliaque en arrière sur une étendue de quatre travers de doigt en avant ; son centre est situé sur une ligne horizontale passant par l'ombilic. Sa partie inférieure, logée dans la fosse iliaque, n'atteint pas l'arcade crurale. Nulle part, on ne sent de fluctuation.

La tumeur, saisie à pleines mains à travers la paroi abdominale épaissie, paraît mobile. Les doigts peuvent être enfoncés entre la tumeur et les fausses côtes et la délimiter franchement d'avec le foie.

Matité dans le flanc droit au niveau de la tumeur ; cette matité persiste quand le malade est dans le décubitus latéral gauche. A gauche, matité dans le décubitus dorsal, sonorité dans le décubitus latéral droit (un peu d'ascite).

Etat général satisfaisant. Le malade a un peu maigri dans ces derniers temps.

Les jours suivants, la tumeur semble diminuer un peu de volume.

7 avril 1894. — Opération. Chloroforme.

Incision de 15 cent. dans la fosse iliaque droite, à concavité dirigée vers l'ombilic. On tombe sur le côlon ascendant, rouge et enflammé. Les anses voisines de l'intestin grêle sont accolées par une substance jaunâtre, fibrineuse plutôt que purulente : elles constituent ainsi une masse empaâtée dans la fosse iliaque.

On détache la plupart des adhérences ; mais l'appendice reste en partie enclavé : on renonce à l'enlever ; il ne paraît pas contenir de corps étranger à la palpation.

Lavage de la fosse iliaque et drainage avec une mèche de gaze iodoformée.

Sutures étagées de la paroi.

11. — On enlève la mèche de drainage.

25. — La plaie est complètement fermée.

La tumeur de la fosse iliaque a presque complètement disparu : il ne reste plus qu'un noyau de la grosseur d'un petit œuf, complètement indolore à la pression.

Le malade sort guéri le 3 mai 1894.

On le revoit au mois de novembre 1894 : la guérison s'est maintenue ; légère éventration au niveau de la cicatrice.

Les observations de M. Quénu et Schwartz ne sont pas isolées. M. Poncet (1) a vu également la guérison succéder à une opération

(1) CHALLIOL, thèse Lyon, 1894.

incomplète. D'après ces auteurs, lorsque l'appendice n'a pu être réséqué, la laparotomie iliaque, les manœuvres chirurgicales qui ont pour but la découverte et la libération de l'appendice, sont loin d'être inutiles.

Cette opinion cependant n'est pas partagée par tous les chirurgiens. C'est ainsi que Kümmel (1) conseille la résection de l'appendice, quand les manifestations aiguës ont pris fin et que les exsudats sont résorbés, dans les formes d'appendicite, facilement récidivantes qui donnent lieu, non à des abcès, mais à la formation de fausses membranes et d'adhérences : d'après Kümmel, *seule* la résection de l'appendice iléo-cæcal peut donner une guérison définitive.

C'est également l'avis de Roux (2) ; la seule suppression des adhérences ou le redressement avec ou sans fixation de l'appendice ne donne aucune garantie et l'on ne doit jamais parler de guérison absolue tant que le malade garde son appendice.

Entre ces deux opinions extrêmes, quel choix devons-nous faire ?

Il est certain d'une part que la prolongation de l'opération, au cours d'un appendice donné à froid, n'est pas sans danger. Et cependant, il est dangereux également de laisser dans la fosse iliaque un foyer d'infection latent, qui, à un moment donné, peut, sous une influence ou sous une autre, se réveiller.

C'est ici qu'il y a lieu, suivant l'expression du professeur Landouzy, d'être opportuniste. Ces deux opinions différentes *à priori* sont en réalité conciliables et chacune se rapporte à des cas différents.

Lorsqu'on opère à froid, les adhérences ont parfois donné lieu à des phénomènes d'obstruction de l'intestin enserré par des brides cicatricielles. La laparotomie, la libération des adhérences peuvent donner de bons résultats en supprimant la cause de l'obstruction. Nous revenons ainsi aux cas que nous avons étudiés plus haut. Il semble alors, dit M. Quénu (3), que ce qu'il importe surtout d'obtenir, c'est moins la disparition d'une lésion d'ailleurs enkystée par

(1) *Congrès chir. allemande*. Berlin, 1894.

(2) *Congrès franç. de chirurgie*. Paris, 1895.

(3) *Bull. Soc. chir.*, 1893, p. 680.

la végétation fibreuse, que le libre jeu de la première portion du côlon.

Cependant si cette intervention peut être utile elle n'est pas toujours suffisante. Il faut compter avec cette lésion « enkystée par la végétation fibreuse ». Nous avons vu au chapitre de l'anatomie la fréquence et la persistance des lésions infectieuses au niveau des adhérences. Cette masse d'adhérences renferme quelquefois à son centre un liquide séreux, louche, brunâtre et fétide de la valeur d'un dé à coudre ou d'une cuillère à café. D'après Reclus, les adhérences contiendraient toujours du pus. Il en résulte qu'autant que possible pour être efficace, la thérapeutique doit être pathogénique et s'adresser à l'appendicite elle-même. Quel que soit l'état des lésions appendiculaires seule l'ablation de l'organe malade peut assurer la guérison définitive. La libération des adhérences épiploïques est sans doute utile. Elle débarrasse le malade d'une source de maux avec lesquels il faut compter, mais cela ne constitue pas la guérison de l'appendicite à répétition et les deux opérations sont chacune différentes dans leur principe : l'une essentiellement *palliative* a ses indications propres, l'autre *curative* répond à des cas différents.

De fait, dans les cas de M. Quénu, la guérison n'a pas été aussi complète qu'il paraît, car bien que le malade eût été très amélioré, 7 mois après on percevait encore à la palpation une induration correspondant au siège de l'appendice.

En résumé, c'est au moment de l'intervention que se jugera la question. En principe, la résection de l'appendice est la règle absolue. Toutefois, dans les cas où l'opération présenterait des difficultés particulières, lorsqu'elle risquerait de se prolonger et de compromettre la vie du malade, il faut se rappeler qu'il suffit souvent de libérer le cæcum, de détacher et de réséquer la plus grande partie des adhérences pour mettre le malade sinon à l'abri de toute atteinte du moins d'un danger imminent.

Nous devons maintenant envisager un dernier point de la question : le rôle de l'inflammation épiploïque dans les suites de l'opération.

C'est là un point qui jusqu'ici n'a pas été mis en lumière. M. Walther a eu le mérite d'y insister et d'en montrer l'importance.

Il arrive fréquemment en effet qu'à la suite d'une appendicectomie à froid, faite dans des conditions d'asepsies parfaites, on observe les jours qui suivent de la fièvre et même, si conformément à la technique recommandée à tort par certains chirurgiens, on n'a pas drainé, la formation d'abcès.

Dans le cas V de M. Walther, à la suite de la résection de l'épiploon, il y eut un peu d'infection de la cavité du drainage, de l'élévation de température pendant 5 jours, et notre maître regarde ces accidents comme liés à sa présence du foyer d'épiploïte.

Cela n'offre d'ailleurs rien d'extraordinaire. Il en ressort évidemment comme indication thérapeutique la nécessité d'une résection de l'épiploon malade et d'autre part l'utilité du drainage.

Voici des observations ou des accidents infectieux qui suivirent l'opération et que nous croyons analogues au fait cité par M. Walther.

OBS. 39. — *Appendice difficile à découvrir. — Résection. — Péritonisme. — Deuxième opération : drainage du péritoine. — Guérison* (Th. GRANBOULAN. Paris, 1897).

D... René, 30 ans, mégissier.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Homme bien portant, robuste. Maux de tête (éthylisme). Depuis très longtemps, *état de constipation permanent*, reste deux et trois jours sans aller à la selle. Dysenterie en 1884 à Toulon.

Au commencement de janvier 1895, la malade ressent quelques douleurs du côté du ventre, et, les attribuant à sa constipation habituelle, il prend deux purgatifs. La douleur persiste, elle s'accroît : le malade s'alite vers le 17 février. Il accusait alors : des douleurs très vives dans la fosse iliaque droite, douleurs spontanées et exagérées par la moindre pression, des vomissements dont il ne détermine pas le caractère, du ballonnement du ventre, de la constipation, de la fièvre ; pour atténuer la douleur, pour relâcher les muscles abdominaux, il élevait de lui-même ses jambes vers le mur contre lequel était son lit.

Arrivé à l'hôpital Cochin, service de M. Gilles de la Tourette, le 21 février, il est venu à pied très lentement, souffrant horriblement ; on diagnostique : appendicite. Les symptômes que j'ai signalés durent encore trois jours, puis tout rentre dans l'ordre.

En somme, l'attaque de « colique appendiculaire » a duré 7 jours ; c'est la première. La température maxima a été à l'hôpital : 39°.

On lui a donné comme traitement : opium, sachets de glace, régime lacté exclusif, puis, après disparition des symptômes, purgatif à l'huile de ricin.

Passage en chirurgie le 12 mars.

État actuel. — Symptômes fonctionnels : pas d'appétit ; toujours constipation opiniâtre : n'est allé que trois fois à la selle depuis son entrée à l'hôpital (1^{er}, 11 et 14 mars) ; pas de douleur spontanée. A la palpation : douleur peu intense à la pression dans la fosse iliaque droite. M. Schwartz signale un appendice gros, dur, fuyant vers l'ombilic ; il confirme le diagnostic.

Opération le 16 mars, par M. Rieffel. — Les téguments sont incisés parallèlement à l'arcade crurale ; une petite incision est faite au péritoine qui est rejeté de façon à dégager le cæcum, lequel présente de nombreuses traces d'inflammation. On trouve du premier coup l'abouchement de l'iléon dans le cæcum, mais d'appendice, point. On cherche une grande demi-heure, on hésite. « Quand on hésite, ce n'est pas l'appendice. » — On va refermer la plaie quand tout à coup, au dernier moment, on tombe sur l'appendice : on n'avait pas assez retourné le cæcum pour découvrir sa partie postérieure : quant à l'appendice il était logé sur la face postéro-interne du cæcum auquel il était intimement uni, puis il abandonnait le cæcum et se dirigeait vers l'intestin grêle. On incise le péritoine tout autour, on enlève l'appendice au thermo-cautère.

Appendice long comme l'index à peu près ; il va en s'évasant de son origine à sa terminaison et forme une masse dure et compacte. On l'ouvre ; il ne renferme pas de corps étranger, mais est converti tout entier en tissu scléreux.

Suites de l'opération. — *Péritonisme.* — Le soir, douleurs erratiques ; la température est basse : 35°8 et 35°5. Piqûres de morphine, d'éther et de caféine.

Le lendemain dimanche, symptômes de péritonisme.

Je le vois le lundi matin : son état est lamentable, facies abdominal, cholérique, vomissements porracés, hoquet extrêmement fréquent, douleur horrible dans tout l'abdomen : le malade fléchit les jambes et relève le thorax pour relâcher les muscles de la paroi abdominale. Il n'y a pourtant pas de ballonnement, le ventre est creusé en bateau. La température oscille entre 38°4 et 39°3. Injections de sérum, piqûres

Deuxième opération le même jour à 11 h. 1/2. M. Schwartz ouvre l'abdomen au même endroit que dans la précédente opération ; on trouve de l'inflammation du péritoine. La cavité péritonéale est drainée à la gaze iodoformée.

Suites de l'opération. — Le mardi, 19 mars, l'état général est satisfaisant : plus de vomissements, plus de hoquet, douleur peu intense. Facies bien amélioré, température 37°8.

20 mars. — Température rectale : 36°9, état de plus en plus satisfaisant.

A guéri sans éventration.

OBS. 40. — *Résection de l'appendice : libération difficile. — Suppuration du foyer. — Phlegmon de la paroi. — Vaginalite suppurée. — Guérison (Ibid., id.)*

M. X..., 48 ans, ingénieur.

Aucun antécédent notable.

Le début remonte à 1882 : à deux ou trois reprises, le malade, qui vivait dans de mauvaises conditions d'hygiène alimentaire, a souffert de crises affectant la forme de coliques néphrétiques survenant au milieu de la nuit, vers les trois heures du matin et d'une durée de deux heures.

À la fin de la même année, attaque très intense, coliques horriblement douloureuses, vomissements, ballonnement du ventre (une piqure de morphine est nécessaire), en un mot signes de péritonite, fièvre, constipation très opiniâtre ; élançement dans le côté droit ; dureté dans la fosse iliaque droite, dureté qui disparaît à la suite d'évacuation de pus par l'anus.

En l'espace de six mois, quatre rechutes successives identiques et même plus fortes se produisent ; le malade reste pendant trois mois couché sans bouger, puis fait trois mois de convalescence (1883-84).

À ce moment un médecin diagnostique une tumeur qu'il faut enlever sans retard ; un autre médecin diagnostique une typhlite.

La guérison semble à peu près complète malgré quelques accès peu intenses à la suite de la constipation, malgré un point douloureux dans la fosse iliaque droite, constaté par le professeur Guyon à l'aide du toucher rectal combiné au palper ; ce point douloureux est traité par des pointes de feu, un cautère.

Une dernière rechute, la plus grave, a eu lieu en 1884. Saison à Plombières, d'où le malade revient dans d'assez bonnes conditions ; il reste indemne à peu près jusqu'en 1890.

Depuis 1890, le malade éprouve tous les ans dans la fosse iliaque droite des tiraillements, plus intenses depuis deux ans, et accompagnés d'empâtement de la région. La constipation est toujours opiniâtre ; lavement matin et soir, sans quoi tiraillements dans la jambe rendant la marche difficile.

Urines normales. Pas d'amaigrissement.

Opération le 12 mai 1896. — Chloroforme difficile, vomissements. La paroi abdominale est épaisse ; après l'incision du péritoine on tombe sur une grosse masse épiploïque qui remplit toute la fosse iliaque droite et au milieu de laquelle est l'appendice (4 cent. de long) très adhérent, très difficile à libérer ; deux ligatures et thermo-cautère sur le moignon. Drainage avec une mèche de gaze.

Suites de l'opération. — Au bout de 24 heures, il survient des phénomènes de péritonite très sérieux, vomissements, ballonnement du ventre. Le pouls est à 130, la température à 38°.

Un phlegmon de la paroi se déclare : au bout de 48 heures, on enlève la mèche de drainage ; les phénomènes diminuent en trois à quatre jours. Comme traitement : vessie de glace, jeûne absolu, deux pulvérisations phéniquées à 1 0/0 par jour, d'une demi-heure chacune.

Tout est fini huit jours après l'opération.

Le 22 mai, suppression du spray ; le malade se nourrit, selles normales ; pouls : 80 ; température 36°8 ; excellent état local et général.

Deux jours après le malade est pris de symptômes de vaginalite ; la vaginalite suppure comme le foyer iliaque (communication) et guérit très rapidement après l'élimination d'un bourbillon sphacélé.

Guérison complète le 24 juin 1896.

Dans le premier de ces deux cas, l'opération fut suivie de péritonisme et d'inflammation du péritoine nécessitant d'urgence une seconde intervention. M. Schwartz se demande s'il ne s'agit pas d'étranglement par torsion d'une anse que la deuxième opération aurait remise en place sans qu'il s'en soit aperçu. A notre tour, nous nous demandons, si l'élévation de température n'est pas due à la persistance du foyer infectieux au milieu des adhérences.

Dans le second cas les accidents se présentèrent avec moins de gravité. Cependant l'appendice était adhérent à l'épiploon et l'opération fut suivie d'un phlegmon de la paroi.

CONCLUSIONS

I. — L'appendicite entraîne fréquemment une inflammation péri-cæcale, aboutissant à la formation d'adhérences plastiques. Au cas d'appendice à siège antérieur, latéral interne, l'inflammation porte fréquemment sur l'épiploon et des adhérences s'établissent entre cet organe, l'appendice et les organes voisins.

II. — Les adhérences épiploïques consécutives à l'appendicite, ne sont pas sans intérêt. Suivant qu'elles sont chroniques, anciennes, ou aiguës, récentes ou récemment enflammées, elles jouent un rôle différent dans le syndrome de l'appendicite.

III. — Les adhérences épiploïques anciennes, en dehors de toute poussée aiguë de l'appendice ou de ces adhérences, peuvent, d'une façon toute mécanique, entraîner une série de troubles digestifs et douloureux de gravité variable, que l'on peut attribuer à la traction exercée par ces adhérences sur la grande courbure de l'estomac (Glénard, Delbet) ou à la coudure du côlon (Walther). Ces troubles rentrent dans le groupe des accidents désignés sous le nom de *post-appendicites*. Ils font partie de l'ensemble clinique de l'appendicite chronique.

IV. — Lorsque survient une crise d'appendicite aiguë, chez un malade ayant eu des poussées antérieures, les adhérences épiploïques anciennes peuvent jouer un rôle protecteur, en évitant la diffusion de l'inflammation, en masquant parfois une perforation de l'appendice lui-même.

V. — Il peut se faire qu'en dehors de toute crise aiguë du côté de l'appendice, l'épiploon adhérent s'enflamme. L'épiploïte se place au premier plan, elle peut faire croire à une appendicite et nécessiter une intervention.

VI. — Lorsqu'il existe des troubles digestifs vagues, mais assez sérieux, que l'examen attentif du malade et de ses antécédents a permis de rattacher à des adhérences épiploïques, l'opération est indiquée. Elle est bénigne et peut donner d'excellents résultats.

VII. — Au cours d'une *appendicectomie à froid*, la présence des adhérences complique l'opération. Bien que le principe soit d'enlever l'organe malade, il peut y avoir intérêt dans certains cas à ne pas prolonger l'intervention et de se contenter de la libération.

VIII. — A la suite d'une appendicectomie à froid, les adhérences épiploïques peuvent laisser subsister un foyer infectieux : d'où la nécessité d'une part de réséquer l'épiploon malade, d'autre part de drainer la plaie.

Vu :

Le Président de la thèse,
TILLAUX.

Vu :

Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Anghel. — Thèse Paris, 1896.
Anger (Th.). — *Soc. chir.*, 1893.
Albarran. — *Presse médic.*, 1898, n° 61.
Brun. — *Traité des mal. des enfants*; Granger-Comby-Marfan.
Broca. — *Société anat.*, 1893 et *passim*.
Barnsby. — Thèse Paris, 1898.
Bogdanick. — *Wiener Med. Presse*, 1898.
Delaunay. — *Société anat.*, 1892.
Dieulafoy. — *Cliniques méd. de l'Hôtel-Dieu*.
— *Manuel de pathol. interne*.
Debove et Achard. — *Manuel de médecine*.
Dumoulin. — *Journ. des praticiens*.
Esnault. — Thèse Paris, 1898.
Glantenay. — *Presse méd.*, 1893.
Gordon. — Thèse Paris, 1896.
Grandboulan. — Thèse Paris, 1897.
Damaye. — Thèse Paris, 1895.
Delbet. — *Archives génér. de méd.*, fév. 1898.
Legueu. — *Appendicite*.
Glénard. — *De l'entéroptose*.
Du Pindray. — Thèse Paris, 1898.
Kouindjy. — Thèse Paris, 1897.
Phocas. — Thèse Paris, 1895.
Polle. — Thèse Paris, 1896.
Quenu. — *Soc. chirurgie*, 1892, 1893, 1895, 1898.
Routier. — *Soc. chir.*, 1892 à 1898, *Journal des prat.*, 1898.
Jalaguier. — *Traité de chirurgie*.
Monod et Vanverts. — *De l'appendicite*.
Schwartz. — *Soc. chir.*, 1892 à 1898.
Richelot. — *Soc. chir.*, 1892 à 1898.
Reclus. — *Soc. chir.*, 1892 à 1898.
Walther. — *Congrès de chirurgie*, 1898.
Tillaux. — *Journ. des praticiens*, 1893.
Terrier. — *Soc. chir.*, 1892 à 1893.
-

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot. — J. Thevenot, successeur, Saint-Dizier (Haute-Marne).
